Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№. 14. 4. April 1893. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 40. Jahrgang.

Originalien.

Aus der k. Universitäts-Frauenklinik zu Erlangen.

Beitrag zur operativen Behandlung der Myome im schwangeren Uterus.

Von Dr. *Richard Frommel.*

Im Jahre 1886 habe ich bereits in dieser Wochenschrift[1]) über einen Fall berichtet, in welchem ich genöthigt war, ein in Erweichung begriffenes und peritonitische Reizungen hervorrufendes Myom aus der Wand eines im 5. Monate schwangeren Uterus zu exstirpiren. Der Eingriff war insofern ein ziemlich grosser, als der ungefähr kindskopfgrosse Tumor, welcher mit einem ziemlich grossen Segment in der Wand des Uterus sass, aus dieser ausgeschält werden musste, so dass eine sehr bedeutende Wundfläche am graviden Uterus zurückblieb, welche mit mehreren Reihen von Etagennähten vereinigt werden musste. Trotzdem wurde der Eingriff gut vertragen, die Heilung war eine glatte und die Schwangerschaft verlief ungestört bis zum normalen Ende, an welchem ein lebendes, gesundes Kind geboren wurde. Auf Grund dieses Falles sprach ich damals die Ansicht aus, dass, wenn überhaupt in der Schwangerschaft zu operiren wäre, man unter allen Umständen versuchen soll, die Enucleation bei interstitiellen Myomen zu versuchen, und nur dann, wenn bei der Operation die Uterushöhle eröffnet wurde, die supravaginale Amputation des schwangeren Uterus (Porro'sche Operation) auszuführen sei.

Nach dieser Ansicht verfuhr ich auch in einem Falle, den ich einige Jahre später zu operiren Gelegenheit hatte und über welchen ich „der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Bonn“ im Jahre 1891 berichtet habe[2]).

Es handelte sich damals um einen im 6. Monate der Gravidität befindlichen Uterus, welcher durch mehrere, zum Theil sehr grosse und vor allem breitbasig dem Uterus aufsitzende Myome durchsetzt war. Die gewaltige Ausdehnung des Abdomens führte durch Empordrängung des Zwerchfelles zu enormer Athemnoth und durch Compression der Venen der unteren Körperhälfte zu gewaltigen Oedemen und nöthigte in Folge des beklagenswerthen Zustandes der Patientin de indicatione vitali zur Operation. Ich habe in diesem Falle ebenfalls, wie bereits erwähnt, die Enucleation der beiden grössten Tumoren versucht und es war dieselbe auch insoweit gelungen, als die Uterushöhle dabei nicht mit eröffnet wurde und die Blutstillung, wenn auch nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten ausgeführt werden konnte. Die Schwierigkeit bei der Blutstillung bestand insbesondere darin, dass es nur mit Mühe gelang, die ziemlich grossen Wundflächen, welche verhältnissmässig wenig nachgiebiges Gewebe darboten, genügend zu adaptiren, so dass eine ziemlich grosse Anzahl von Nähten durch die Uteruswand gelegt werden musste. Der Fall verlief unglücklich, indem die Kranke am 2. Tage nach der Operation abortirte und am 3. Tage unter rapider Abnahme der Herzthätigkeit zu Grunde ging. Die Section ergab, dass eine wenn auch nicht sehr bedeutende Nachblutung eingetreten war, welche aber bei dem erschöpften und heruntergekommenen Organismus der Patientin genügt hatte, den letalen Ausgang herbeizuführen. Ich habe bei der Besprechung des Falles ausgeführt, dass es in diesem Falle wesentlich besser gewesen wäre, die supravaginale Amputation des schwangeren Uterus vorzunehmen und zwar erstens, weil mehrfache Myome im Uterus vorhanden waren, und andererseits, weil offenbar die Funduspartien des Uterus sich weniger zur Vereinigung durch die Naht in Folge der grösseren Derbheit und Unnachgiebigkeit des Gewebes zu eignen scheinen.

Seit dieser Zeit bin ich noch zweimal in die Lage gekommen, Myome des graviden Uterus operativ zu entfernen, und möchte zunächst über diese immerhin seltenen Fälle berichten, um dann einige Bemerkungen daran zu knüpfen.

Frau V., 36 Jahre alt, war bisher immer gesund und ist seit ihrem 15. Jahre regelmässig und schmerzlos menstruirt. Vor 7 Jahren gebar sie spontan ein heute noch lebendes Kind. Schon vor mehreren Jahren wurde ärztlicherseits ein Tumor im Abdomen constatirt, welcher jedoch sehr langsam wuchs und keine wesentlichen Beschwerden machte. Vor etwas über 4 Monaten ist zum letztenmale die Regel eingetreten, wobei Patientin die Beobachtung machte, dass der Leib unverhältnissmässig rasch an Ausdehnung zunahm. Ein deswegen zugezogener Arzt constatirte, dass neben dem Uterus ein Eierstockstumor vorhanden sei, welcher nothwendig entfernt werden müsse. Aus diesem Grunde trat die Kranke in die Erlanger Klinik ein.

Status praesens: Mittelgrosse, kräftig gebaute Frau mit beträchtlich entwickeltem Panniculus adiposus, Herz und Lungen normal; Brüste gross, hängend, sehr fettreich. Drüsenkörper gut entwickelt. Auf Druck entleert sich Colostrum. Warze und Warzenhof mässig pigmentirt; ebenso leichte Pigmentation der Linea alba in ihrem unteren Theile. Zahlreiche alte Striae.

Abdomen ziemlich stark ausgedehnt; dabei ist im ganzen oberen Theil des Abdomens überall tympanitischer Schall nachzuweisen, nur in den unteren Theilen ist der Percussionsschall sowohl rechts als besonders links von der Linie alba gedämpft. Bei der Palpation findet man auf der linken Seite einen ziemlich weichen, aber nicht fluctuirenden Tumor von der Form des vergrösserten Uterus, während nach rechts ein mehr rundlicher resistenter Tumor unmittelbar an den ersteren sich anschliesst, welcher seiner Consistenz nach als ziemlich prall elastisch bezeichnet werden muss. Die combinirte Untersuchung bestätigte, dass der links liegende Tumor der gravide Uterus ist. Nun lässt sich feststellen, dass derselbe vollständig aus dem Becken heraus nach links und oben verdrängt ist, so dass die eben noch erreichbare Vaginalportion etwa in der Höhe des Beckeneingangs am linken Beckenrande liegt. Diese Verdrängung des Uterus nach oben und links wird durch einen rundlichen, der rechten Kante des Uterus in ihrer ganzen Ausdehnung anliegenden Tumor bedingt, welcher zum grössten Theile oberhalb des Beckens liegt, mit einem nicht unbeträchtlichen Segment aber in die Beckenhöhle hereinragt und so ziemlich den ganzen Beckeneingang einnimmt. Dieser Tumor ist der Schätzung nach mehr wie kindskopfgross und bietet, wie erwähnt, eine etwas pralle elastische Consistenz, ohne aber Fluctuation zu zeigen.

Unter diesen Umständen konnte es keinem Zweifel unterliegen, dass es sich in diesem Falle um einen subserös entwickelten Tumor handle, wobei die Frage, ob Myom oder cystischer Tumor des Ovarium oder Parovarium, offen gelassen werden musste; die pralle

[1]) Jahrgang 33, No. 52.

[2]) Ein Fall von Myomotomie in der Gravidität. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. IV. Congress, 1892. S. 325.

Elasticität des Tumors liess am ersten eine cystische Geschwulst annehmen. Unter allen Umständen aber lagen die Verhältnisse derartig, dass der ganze Beckeneingang von dem Tumor eingenommen wurde, und für die bevorstehende Geburt ein absolutes Geburtshinderniss vorlag. Die sehr beträchtliche Ausdehnung des Abdomens, welche jetzt im 4. Monat bereits bestand, liess es im Hinblick auf den 2. oben erwähnten Fall wünschenswerth erscheinen, die unter allen Umständen nothwendige Beseitigung des Tumors jetzt schon vorzunehmen.

Operation am 8. XII. 92 unter aseptischen Vorbereitungsmaassregeln. Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba vom Nabel bis zur Symphyse, Unterbindung weniger spritzender Gefässe. Nach Durchtrennung des Peritoneums quillt zuerst fettreiches Netz in die Bauchwunde und wird mit einer Gazeserviette zur Seite und nach oben verdrängt. Nun präsentirt sich der mit dem Fundus bis in die Nabelhöhle reichende, nach links verdrängte Uterus von dunkelblaurother Farbe und weicher Consistenz; von seiner rechten Kante geht, das Ligamentum latum weit entfaltend, ein auch jetzt noch weich und fast fluctuirend sich anfühlender Tumor aus, dessen hinterer Wand das Ovarium und die Tube platt aufliegt; der intraligamentär entwickelte Tumor hat auch die Blase vollständig aus dem Becken in die Höhe herausgedrängt. Zunächst wird das schräg über den Tumor herüber verlaufende, stark entwickelte Ligamentum rotundum mit einer provisorischen Nadel gefasst und durch Zug an demselben der Tumor in die Bauchwunde hereingezogen; dadurch weicht der schwangere Uterus ganz unter die Bauchwand zurück und kommt während der ganzen folgenden Operation überhaupt nicht mehr zum Vorschein. Darauf spaltet ein über das obere Segment des Tumors geführter Schnitt das Ligamentum latum, und es gelingt ohne erhebliche Schwierigkeit, mit der Hand den Tumor aus dem breiten Mutterband auszuschälen, wobei erst recht zur Geltung kommt, wie tief derselbe in das Beckenbindegewebe hinein entwickelt war. Nachdem die Geschwulst aus ihrem Bette herausgehoben war, hing sie noch durch breite, bandartige, manuell nicht trennbare Stränge mit der nackten Kante des Uterus zusammen; diese werden durch 5 neben einander gelegte Seidenligaturen abgebunden und der Tumor ohne Blutung abgetragen. Während dieser letzteren Manipulation quoll aus der Tiefe des Geschwulstbettes eine recht erhebliche Blutmenge, so dass bis zur Abbindung des Geschwulststieles die Höhle durch Gazeservietten ausgestopft und der ausgestopfte Sack von dem Assistenten manuell comprimirt werden musste. Nach Abtragung der Geschwulst müssen dann zahlreiche Umstechungen grösserer blutender Gefässe in der Tiefe des Geschwulstbettes vorgenommen werden, was nicht ohne Schwierigkeit möglich ist, insbesondere aber ziemlich viele Zeit erforderte. Nach der Blutstillung werden dann die Sackwände durch einige umfassende Nähte von vorn nach hinten an einander genäht und nunmehr rückt der Uterus von selbst in die Mittellinie des Abdomens, so dass er nun vollständig die normale Lage einhält; die Bauchwunde wird mit Etagennähten vereinigt. Dauer der Operation $^3/_4$ Stunde.

Der Verlauf war ein vollständig glatter und reactionsloser; nur trat am 2. Tage nach der Operation eine leichte blutige Ausscheidung aus den Genitalien auf, welche aber schon am 3. Tage wieder vollständig verschwunden war. Die Bauchwunde heilte mit Ausnahme einer kleinen Stelle am unteren Wundwinkel lineär und auch diese kleinere Stelle schloss sich durch Granulationen mit Hinterlassung einer etwas breiteren Narbe; Wehen sind überhaupt niemals aufgetreten und ist auch die Gravidität bisher (Mitte März) ungestört weiter verlaufen.

Frau Sch., 30 Jahre alt, stammt aus tuberculöser Familie und giebt an, dass in ihrem 17. Jahre ärztlicherseits constatirt worden sei, dass der rechte Lungenflügel angegriffen sei. Patientin ist seit ihrem 15. Jahre in etwas unregelmässigen Intervallen nicht besonders stark menstruirt und hat am 8. August 1892 die letzten Menses gehabt. Geboren hat sie bis jetzt nie. Die Schwangerschaft verlief in den ersten Wochen ohne wesentliche Beschwerden; seit nunmehr 3 Monaten aber wird die Kranke von ununterbrochenen Schmerzen dermaassen geplagt, dass sie seit dieser Zeit das Bett nicht mehr verlassen konnte; nach ihrer Angabe sollen während dieser Zeit mehrfache Unterleibsentzündungen mit Fieber vorhanden gewesen sein. In Folge ihres qualvollen Zustandes consultirte sie endlich Herrn Landgerichtsarzt Dr. Pürkhauer in Bamberg, auf dessen Rath sie am 26. XII. 92 in die Erlanger Klinik eintrat.

Status praesens: Mittelgrosse, kräftig gebaute Frau von mässigem Ernährungszustand und blasser Hautfarbe; auf der rechten Lungenspitze leichte Dämpfung mit etwas verlängertem Exspirium, kein Rasselgeräusch; Brüste: klein, fettarm, Drüsensubstanz mässig entwickelt, Warzenhof pigmentirt. Aus der Brust entleeren sich auf Druck einige Tropfen Colostrum. Abdomen in den mittleren und unteren Partien erheblich ausgedehnt; Linea alba pigmentirt. Die Ausdehnung des Abdomens rührt von einem wenig resistenten Tumor von der Form des vergrösserten Uterus her, welcher auch sich verschmächtigend in das Becken hinein verfolgt werden kann. Es unterliegt schon bei der äusseren Untersuchung nicht dem mindesten Zweifel, dass der Tumor nichts anderes als der gravide Uterus ist. Das ganze Abdomen inclusive der Ileocoecalgegend ist bei der Palpation auch bei tiefem Eindringen absolut schmerzlos, nur an der rechten Seite des Uterus, in dessen halber Höhe, befindet sich eine handtellergrosse Stelle, bei deren leisester Berührung die Kranke die lebhaftesten Schmerzensäusserungen von sich giebt. Dieselbe erklärte auch auf das Bestimmteste, dass von dieser Stelle der ganze qualvolle Zustand der letzten 3 Monate stets ausgegangen sei. Nach Einleitung der Chloroformnarkose lässt sich erkennen, dass an dieser Stelle ein etwa hühnereigrosser, leicht verschieblicher Tumor vorhanden ist, welcher nach der Verschiebung immer wieder an dieselbe Stelle zurückkehrt. Bei der combinirten Untersuchung lässt sich das Hegar'sche Schwangerschaftszeichen mit besonderer Deutlichkeit nachweisen, indem oberhalb des resistenten Cervix eine absolut weiche, leicht eindrückbare Partie der Uteruswand in grosser Schärfe gefühlt werden kann. Man fühlt nun auch den kleinen, eiförmigen und ziemlich harten Tumor, welcher durch einen kurzen, aber derben, fingersdicken Stiel mit der seitlichen Uteruswand in Verbindung steht. Da der Eierstock der betreffenden Seite nicht gefühlt werden kann, wird mit Wahrscheinlichkeit angenommen, dass es sich um ein vergrössertes Ovarium handelt. Die Kranke verlangte absolut, von ihren qualvollen Beschwerden befreit zu werden, und so wurde, da sie mit absoluter Sicherheit den Sitz ihres Schmerzes als von der bestimmten Stelle ausgehend bezeichnete, beschlossen, die Geschwulst durch den Bauchschnitt zu entfernen.

Operation am 11. I. 93. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirt sich der dem 5. Monate der Gravidität entsprechende Uterus von bläulich-rother Farbe, von dessen rechter Kante, doch etwas vor den Anhängen gelegen, an einem etwa $1^1/_2$ cm langen Stiel ein hühnereigrosses Myom abgeht. Die Anhänge dieser Seite sind vollständig normal und wurden offenbar deswegen nicht bei der Untersuchung gefunden, weil sie in Folge der etwas stark ausgesprochenen Dextrotorsion des Uterus ziemlich stark nach hinten lagen. Der Stiel wird mit Doppelnadel ligirt und nach Abtragung desselben der kleine Stumpf mit fortlaufender Catgutnaht übernäht. Ein kleines haselnussgrosses Myom, welches in nächster Nähe des exstirpirten in der Uteruswand liegt, wird zurückgelassen. Schluss der Bauchwunde durch Etagennaht.

Der Verlauf ist ein absolut günstiger und fieberloser. Die Bauchwunde heilt lineär. Am 14. Tage steht die Patientin zum erstenmale auf und wird am 21. Tage nach der Operation entlassen, nachdem sie wenige Tage vorher die ersten Kindesbewegungen bemerkt hat. Die Schmerzen, über welche die Kranke bisher geklagt hat, sind vollständig verschwunden, und kann beim Entlassungsbefunde auch festgestellt werden, dass die Stelle, an welcher das Myom gesessen hatte, auch auf Druck in keiner Weise schmerzhaft ist.

Was den letzteren Fall zunächst betrifft, so ist derselbe natürlich in Folge der Geringfügigkeit des Eingriffes für die Wahl des Operationsverfahrens in gar keiner Weise beweisend; denn es wird wohl niemand unter den gegebenen Verhältnissen an ein anderes Operationsverfahren denken können. Ich habe diesen Fall hauptsächlich wegen der wohl einzig dastehenden Indication zur Operation mitgetheilt. Es ist ja von den Myomen im Allgemeinen wohl bekannt, dass sie unter Umständen zu erheblichen Beschwerden und Schmerzen Veranlassung geben können. So ist dies ja bekanntlich bei multiplen und insbesondere bei interstitiellen Myomen gar nicht selten zu beobachten. Schröder hat bekanntlich die Indication aufgestellt, bei auf ihren Erwerb angewiesenen Personen, welche durch die durch Myome bedingten Schmerzen erwerbsunfähig werden, auch von der Myomotomie nicht zurückzuschrecken. Aber dass ein so kleines und noch dazu aus der Wand des Uterus in die Bauchhöhle herausgewachsenes Myom derartige Beschwerden macht, dass die Frau 3 Monate bettlägerig ist, dürfte doch zu den grössten Seltenheiten gehören. Ich kann mir diese Schmerzen nur durch eine Zerrung des Peritoneums, welches das Myom überzieht, erklären; eine solche Zerrung wäre dann etwa durch ein der Gravidität entsprechendes rasches Wachsthum des kleinen Tumors begreiflich. Eine Reizung des Peritoneums lag nicht vor, da auch nicht eine Spur einer Verwachsung oder einer sonstigen Veränderung des Bauchfelles bei der Operation gefunden wurde.

Von grösserem Interesse scheint mir aber der zuerst mitgetheilte Fall zu sein. Es handelte sich hier um eine ziemlich grosse und breit mit dem Uterus zusammenhängende Geschwulst, deren Abtragung eine ziemlich bedeutende Verwundung des schwangeren Uterus bedingte. Wenn in einem solchen Falle trotzdem die Gravidität erhalten bleibt, so liegt auf der Hand, dass unter diesen Umständen der Erfolg der Operation ein idealer genannt werden muss, da die betreffende Frau nicht nur von der die Geburt störenden Geschwulst befreit, sondern auch nicht verstümmelt ist. Eine solche Operation ist eben eine conservative, resp. conservirende im wahrsten Sinne des Wortes.

Es fragt sich nun, unter welchen Umständen man in Zukunft sich entschliessen soll, diese idealere Form der Operation zu wählen und in welchen Fällen wir uns für die gänzliche oder theilweise Entfernung des myomatösen schwangeren Uterus entscheiden sollen. Ich glaube nun, dass wir am besten thun werden, in keinem der zur Operation kommenden Fälle von vornherein mit einer vorgefassten Meinung an die Operation heranzugehen; in jedem Falle soll sich der Operateur erst nach der Eröffnung der Bauchhöhle für das eine oder andere Verfahren entscheiden. Findet man grössere und insbesondere multiple interstitielle und submucös entwickelte Geschwülste, so wird ja allerdings von vornherein die supravaginale Amputation der gegebene Eingriff sein. In allen anderen Fällen aber dürfte wenigstens der Versuch einer conservativen Behandlung zu machen sein. Fällt dabei die Verletzung des Uterus zu gross aus oder reicht sie insbesondere tief hinein gegen die Schleimhaut zu, so lässt sich immerhin die Amputation anschliessen. Lässt sich aber das Geschwulstbett gut adaptiren, so dass die Gefahr einer Nachblutung ausgeschlossen erscheint, so halte ich unter allen Umständen die Enucleation für die indicirte Operation. Ich gehe daher in der Indicationsstellung entschieden weiter als Theodor Landau[3]), welcher die Enucleation nur bei kleineren Geschwülsten ausgeführt sehen will. Ich habe zweimal bei der Enucleation über kindskopfgrosser Geschwülste die Schwangerschaft ungestört verlaufen sehen, also in Fällen, in denen es sich doch gewiss nicht um kleine Myome handelte. Dass ich in dem 2. der zuerst erwähnten Fälle besser die supravaginale Amputation gemacht hätte, habe ich bereits rückhaltslos zugegeben. Im Uebrigen ist das conservativere Verfahren in jüngster Zeit wiederholt geübt worden und sind die Resultate wesentlich günstiger als sie früher waren. In einer Dissertation, welche ich über dieses Thema durch Herrn Dr. Würkert[4]) anfertigen liess, sind 27 Fälle von Entfernung myomatöser Geschwülste mit Zurücklassung des Uterus zusammengetragen, in welchen nur in 7 Fällen der letale Ausgang eintrat, wobei besonders bemerkenswerth ist, dass die in letzter Zeit operirten Fälle fast ausnahmslos in Heilung übergingen.

Aus der kgl. medicinischen Universitäts-Poliklinik zu München.

Zur Kenntniss der therapeutischen Anwendung des Analgens (Dr. Vis).

Von cand. med. *H. Spiegelberg.*

December vorigen Jahres wurde der medicinischen Poliklinik zu therapeutischen Versuchen das Analgen von Dr. Vis[1]) überwiesen. Durch die Freundlichkeit von Herrn Prof. Dr. Moritz wurde Schreiber dieses mit der Beobachtung und Beurtheilung der mit dem Mittel behandelten Fälle betraut.

Das Analgen wurde verordnet in Einzeldosen von stets 0,5 g, im Durchschnitt der Fälle 6 mal am Tage, also 3,0 g pro die. Nur in einigen Fällen wurde diese Anwendungsweise modificirt.

Da die Resultate der ersten Beobachtungen, bei welchen das Mittel gegen alle möglichen cerebralen, spinalen und peripher-nervösen Affectionen auf die Probe gestellt worden war[2]), auf eine Specificirung hinwiesen, so wurde von uns der Kreis seiner Anwendung von vornherein enger gezogen. Das Analgen wurde bis Mitte Februar angewandt in folgenden 22 Fällen:

1) Frau K., 58 Jahre alt. Wegen Angina und Rheumatismus chronicus, angeblich seit 30 Jahren bestehend, in Behandlung. Besserung der rheumatischen Schmerzen auf Natr. salicyl. Daneben Kopfschmerz und Reissen im Nacken, wozu sich am 10. XII. 92 Neuralgien des N. supra- und infraorbitalis mit deutlichen Druckpunkten gesellen. Hiergegen am 13. XII. 1,5 g, am 14. 3,0 g Analgen. 15. früh wesentliche Besserung, weitere 2,5 g. Am 16. XII. die neuralgischen Schmerzen unterdrückt. Angeblich Ohrensingen. Urin blassgelb, trübe.

2) Frau R., 41 Jahre alt. Phthisis pulmon. Seit dem 22. XI. Neuralgia n. trigemini sin.; auf Chinin (5 mal 1,0), Antipyrin, Morphin keine Besserung. Bei Schmerzanfall die ganze linke Stirnseite, Augen- und Wangengegend sehr empfindlich auf Berührung. Schmerzen auch im Kiefer. In der anfallsfreien Zeit Druckpunkte am N. supra- et infraorbitalis. — 6. XII. 3,0 g Analgen. 7. XII. Schmerzen geringer, nach weiteren 3,0 am 8. XII. vollends fort, nur noch Druckempfindlichkeit. Urin nicht sehr roth.

3) Anna W., 24 Jahre alt. Influenza, seit 25. XI. entsprechend symptomatisch behandelt. Am 14. XII. starke Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Druckempfindlichkeit des N. supraorbitalis, Nackenschmerz. — Analgen 15. und 16. XII. 5,0 g keinerlei Erfolg. (Später wurde Hysterie diagnosticirt.)

4) Eugen G., 32 Jahre alt. Neuralgia n. supraorbitalis seit 5. I. 93. Am 12. und 13. I. je dreimal 0,5 g Analgen. Schon nach 3 Pulvern Wirkung. Nach abermals 1,0 g am 15. I. die Schmerzen völlig vorüber.

5) Frau K., 52 Jahre alt. Neuralgia n. supraorbitalis, links Hypertrophie des rechten Ventrikels. — Je 3,0 g am 13. und 14. I. erzielen bedeutende Besserung. 15. und 16. weiter je 3,0 g. Wirkung jeweils nach 1 Stunde. Mittags leichte Schmerzen. Vom 20. I. ab täglich circa dreimal 0,5 g, bei Schmerzeintritt. Am 22. heftiger Kopfschmerz. — Allmähliches Verschwinden der täglich einsetzenden Schmerzen. Bei Aussetzen der Analgeneinnahme am 29. Eintritt dumpfer Kopfschmerzen und am 31. der Neuralgie auf rechter Seite. Vom 1.—6. II. mit Erfolg wieder Analgen. 6. II. Abends Kopfschmerz. Aussetzen bis zum 9. II. incl. Unbedeutende Schmerzen. Fortdauernder Gebrauch des A. mit vorübergehender Erleichterung. Durch häufige Blutungen aus der Nase veranlasste Untersuchung ergiebt einen Nasenpolypen als Ursache des Ganzen (12. II.).

6) Frau R., 40 Jahre alt. Neuralgia supraorbitalis, Hysterie. 17. und 18., 21., 22. und 23. I. je 3,0 g ohne Wirkung.

7) Frau U., 34 Jahre alt. Neuralgia n. trigemini et occipitalis nach überstandener Influenza. Antifebrin ohne Nutzen. Mitte Januar 5,0 g Analgen, Besserung, nach weiteren 12 mal 0,5 die Schmerzen verschwunden (21. I.).

8) Joseph D., 48 Jahre alt. Neuralgia n. trigemini. Analgen. Nach 6 Pulvern, à 0,5 g, Wirkung, nach dem 10. die Schmerzen beseitigt.

9) Frau A., 32 Jahre alt. Neuralgia n. trigemin. sinistr. Druckpunkte namentlich des N. supra- und infra-orbital. Phthisis. — Analgen am 26. I. verabreicht erzielt Besserung bis zum 28. und Verschwinden der Neuralgien am 29. I.

10) Frau O., 27 Jahre alt. Neuralgia n. trigemini dext. Analgen erzielt Besserung der heftigen seit 4 Wochen (Druckpunkte) bestehenden Schmerzen.

11) Frau F., 51 Jahre alt. Herpes zoster costo-abdominalis sin. Auf der befallenen Seite Brennen und Reissen. Seit dem 16. X. mit Amyl. trit. und Morphin behandelt. — Am 11. XII. 3,0 g Analgen; 12. XII. die Schmerzen geringer, Kopfschmerz und Schwindel. Druck und leichter Schmerz bei Bewegung. Auf weitere je 3,0 g am 13. und 14. nur noch Mittags und Nachts leichte Schmerzen.

12) Alois B., 33 Jahre alt. Herpes zoster costalis. Starke neuralgische Schmerzen. — Am 14. II. zweistündlich 0,5 g Analgen. Starke Schmerzen in der Nacht; Herpeseruption stärker. Am 17. nach im Ganzen 22 mal 0,5 g., kein Erfolg, vielmehr zunehmende Schmerzen und Herpeseruption. Es wird zu Morphium gegriffen.

13) Max F., 32 Jahre alt. Hemikranie. Heftiger linksseitiger Kopfschmerz, keine Druckpunkte. Arteriosklerose. — Analgen. Am zweiten Tage der Schmerz vollkommen aufgehoben.

14) Elise S., 24 Jahre alt. Hemikranie. Hysterie. Patientin leidet seit 3 Jahren an heftigen einseitigen Kopfschmerzen mit Erbrechen und Schwindel. Antifebrin am 26. I. gegeben hat wenig Wirkung. Dauernde Wiederkehr der Beschwerden. 17. II. Analgen. Nach 6,0 g die Schwindelsymptome angeblich beseitigt, Kopfschmerz heftiger. Angesichts der Hysterie die Behandlung abgebrochen.

15) Therese K., 21 Jahre alt. Influenza. Kopfschmerz, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Augenschmerz, Druckempfindlichkeit im ganzen, stark hyperämischen Gesicht. — 13. XII. 3,0 g Analgen, 14. XII. weitere 3,0, 15. XII. nach heftigen Schmerzen während der Nacht keine Besserung. — Phenacetin. 16. XII. NB. Auf Elektricität sofortige bedeutende Besserung. Hysterie ?.

16) Joseph H., 46 Jahre alt. Tabes dorsualis. Gegen die lancinirenden Schmerzen vom 19.—21. I. 3 mal 3,0 g Analgen ohne Erfolg.

17) Joseph Pr., 48 Jahre alt. Neuritis. — Alte Schusswunde am linken Fuss. Rheumatoide Schmerzen in den Gelenken des linken Beines. Diastolisches Geräusch am Herzen. — Chloroform (A.) und Phenacetin vergeblich. — Nach 6 Pulvern Analgen (3. II.) grosse Erleichterung. Bei 2 stündlicher fortgesetzter Einnahme dauernd zunehmende Besserung.

[3]) Th. Landau, Zur Behandlung der durch Myome complicirten Schwangerschaft und Geburt. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, neue Folge. 1891, No. 26.

[4]) Zur Pathologie, Prognose und Therapie der durch Myome complicirten Gravidität. Diss. inaug. Erlangen, 1893.

[1]) Orthoaethoxy-ana-monobenzoylamidochinolin. Ueber chemische Eigenschaften und bisherige Erfahrungen. S. die Arbeit von Dr. Vis selbst oder Deutsche med. Wochenschrift No. 44 vom 3. Nov. 1892.

[2]) S. die der Arbeit von Dr. Vis beigefügte Uebersicht.

18) Frau D., 54 Jahre alt. Ankylose nach Rheumatismus; spontan und bei Bewegung Schmerzen im linken Schultergelenk. Auf 3,0 g Analgen verschwinden die spontanen Schmerzen.

19) Frau Sch., 42 Jahre alt. Rheumatismus muscularis acut. im Nacken. In den Gelenken schon früher auf Natr. salicyl. verschwunden, das indess nicht vertragen wird (Brechen). Insufficienz der Valv. mitralis mit zeitweiliger Compensationsstörung. Auf 1,0 g Analgen am 23. I. Abends lassen die Schmerzen nach und verschwinden nach Gebrauch weiterer 1,5 g Tags darauf.

20) Frau E., 45 Jahre alt. Arthritis deformans. Gegen die krampfartigen vom Rücken aus in die Extremitäten ausstrahlenden Schmerzen war Natr. salicyl. mehrmals ohne Erfolg gewesen. Aufschwellen der Gliedmassen. Wenig Kopfschmerz. — 16. XII. 3,0 g Analgen; Besserung. 17. XII. 2,5 g; Schmerzen in den Händen. 18.—21. XII. je 2,0—3,0 g. Erleichterung vorübergehend, keine beständige Besserung.

21) Friedrich Sch., 43 Jahre alt. Arthritis urica. Starke sehr schmerzhafte Schwellungen verschiedener Gelenke. Insufficienz der Mitralis. Salicyl von wenig Einfluss. Besserung durch Jod und Fomente. Am 23. und 24. I. je 3,0 g Analgen. Kein Erfolg. Heftige Kopfschmerzen.

22) Frau H., 58 Jahre alt. Asthma bronchiale, seit 1 Jahr unbeeinflusst von Jodkali, Chloralhydrat, Expectorantien u. A. In letzter Zeit mitternächtliche Anfälle. Am 17. XII. werden versuchsweise 6 Pulver, 2 stündlich, gegeben und bewirken Besserung. Seit dem 18. XII. Abends ein Pulver (0,5). Patientin erwacht zur Zeit des nahenden Anfalls, der aber nicht zu vollem Ausbruch kommt. Beim Erwachen abermals 1 Pulver. Bis zum 19. XII. incl. 9,0 g. Nach erneutem Anfall am 19./20. bleibt die weitere Verabreichung erst ohne nennenswerthen Erfolg, schafft indessen bei dauerndem Gebrauche in obiger Weise zunehmende Erleichterung. Patientin wird in der Folgezeit oft von Anfällen von steigender Heftigkeit heimgesucht, versichert aber eine dauernd günstige, vielfach coupirende Einwirkung des Analgens.

Fünf Kranke (Neuralg. spermatica, zwei Neuralg. supraorbital., Neuralg. n. trigemini, Herpes zoster) sind leider nach Verabreichung des Mittels nicht wiedergekehrt, was vielleicht einen Schluss auf günstige Wirkung desselben zulässt. Bei drei nicht aufgeführten Fällen einfacher Kephalaea war kein Einfluss ersichtlich.

Das Gesammtresultat unserer Beobachtungen ist in Kürze Folgendes: Störungen der Herzthätigkeit und andere nachtheilige Nebenwirkungen sind nicht bemerkt worden. In einem Falle (21) behauptete der Kranke direct auf Einnahme heftige Kopfschmerzen zu bekommen, die, gleich wie Ohrensausen, auch in einigen anderen Fällen auftraten. Der Urin blieb eiweissfrei und übte keine reducirende Wirkung aus. Derselbe zeigte stets eine mehr oder weniger rothe Färbung, welche durch Zusatz von Essigsäure verstärkt (anorganische Säuren bleichen sie), durch Alkalien in eine grünlichgelbe verwandelt wird. Diese rothe Färbung wird, wie aus den Untersuchungen von Vis hervorgeht, durch das in Folge Abspaltung der Benzoylgruppe im Organismus freigewordene Amidoproduct in Verbindung mit den Harnsäuren bewirkt. Es ist gut, die Patienten von vornherein auf das Auftreten des ersten Harnes aufmerksam zu machen, um unnöthigen Beunruhigungen vorzubeugen.

Die Ergebnisse der Therapie sind: Von 10 reinen Neuralgien ergab sich bei 8 positiver, bei 2 hysterischen Patientinen negativer Heilerfolg.

Gegen Hemikranie wurde 1 mal Wirkung, bei 2 Hysterischen gleichfalls kein Erfolg erzielt.

Herpes zoster blieb unbeeinflusst (2 Fälle). Desgleichen die lancinirenden Schmerzen des Tabetikers.

Rheumatische Beschwerden zeigten in 3 Fällen (Rheumatismus art. chron., Rheum. musc. acut., und dem unter der Diagnose Neuritis geführten) günstige Reaction.

Bei Arthritis urica blieben die Versuche 2 mal erfolglos.

Eine Nachprüfung verdient die anscheinend günstige Beeinflussung des Asthma bronchiale in dem vereinzelten Falle 22.

Das Analgen besitzt noch vor dem Antipyrin u. A. den Vorzug der völligen Geschmacklosigkeit.

Nach unseren Erfahrungen ist das Analgen als ein wirkungsvolles Antineuralgicum anzusprechen.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Halle a. S.

Ein Fall von Situs inversus viscerum.[1])

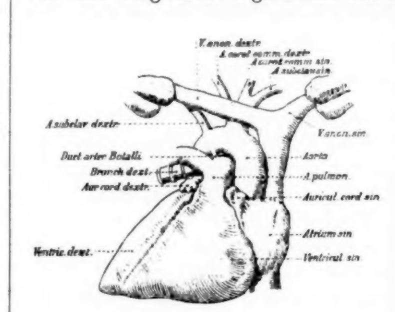
Von Dr. *Gerdes*, Assistent des Instituts.

Bevor ich mir erlaube, meine Herren, die topographischen Verhältnisse der Körperhöhlen der vorliegenden 4 Wochen alten unehelichen weiblichen Kindesleiche im Einzelnen zu demonstriren, wollen Sie mir einige einleitende Bemerkungen zu der in Frage kommenden Affection gestatten.

Einem glücklichen Zufall verdanke ich es, dass ich das vorliegende Präparat, welches in einer ausgezeichneten Weise einen sogen. Situs inversus der Eingeweide erkennen lässt, in dem am 2. I. von mir abgehaltenen Sectionscursus zu Gesicht bekam. Bei einem Situs inversus hat man es bekanntlich mit einer derartigen Veränderung, oder richtiger anderen Lagerung (Heterotaxie) der Eingeweide einschliesslich der zugehörigen Nerven und Gefässe zu thun, dass der Situs, wie man sehr treffend hervorgehoben hat, dem Spiegelbilde des normalen entspricht. Alle von Natur links gelegenen Organe befinden sich auf der rechten Seite und umgekehrt; ausserdem ist auch, wo dies überhaupt zu beobachten ist, eine derartige Formveränderung eines jeden einzelnen Organes eingetreten, dass wiederum die Form eines Organs dem Spiegelbilde der normalen entspricht. Im Einzelnen wird dies bei den betreffenden Organen näher dargelegt werden.

An dem Situs inversus können die Organe der Brust- oder Bauchhöhle entweder einzeln, oder gemeinsam betheiligt sein. Die letztere Möglichkeit, welche die häufigere ist, liegt hier vor, nur haben wir in unserem Falle ausserdem noch mit einer Anzahl kleinerer Abweichungen, welche namentlich den Abgang und den Verlauf der grösseren Gefässstämme, sowie den Verlauf des Peritoneums betreffen, zu rechnen. Am leichtesten kann man die Verhältnisse an den unpaarigen Organen und Gefässen der Körperhöhlen übersehen, weniger leicht an den paarigen und symmetrisch gelegenen; bei diesen muss vielmehr die Diagnose auf Heterotaxie aus ihren Beziehungen zu den Gefässen und Nerven abgeleitet werden. Bei den Lungen wird die Diagnose durch die verschiedenartige Lappung der beiden Organe erleichtert.

Das Herz mit seinen 4 Herzhöhlen sowie den zahlreichen von ihm ausgehenden grösseren Gefässstämmen bietet eins der besten Beispiele für die Heterotaxie der Organe. Die nach rechts gelegene Herzspitze gehört dem fest contrahirten rechten Ventrikel an, welcher der Aorta ihren Ursprung giebt. Die letztere bildet sodann mit der Richtung nach rechts und hinten ihren Arcus und verläuft dann rechts von der Wirbelsäule nach abwärts.



Ihr Bogen reitet auf der linken Lungenarterie und dem rechten Bronchus und entsendet nach dem Halse zwei Aeste, von denen die A. subclav. dextr. allein am weitesten nach rechts entspringt, während der zweite Ast einen gemeinschaftlichen Truncus für die beiden Carotiden und die A. subcl. sin. abgiebt. Vor den Stämmen dieser grossen Arterien geht die V. anonyma dextr. vorbei, während die V. anonyma sin. kurz nach ihrem Abgang aus der V. cava sup. sich in die V. jugul. comm. sin. und die V. subcl. sin. theilt, und dabei die V. azygos aufnimmt, welche links neben der Wirbelsäule in die Höhe zieht und beim Hervorziehen der linken Lunge zu sehen ist. Der linke schlaffe Herzventrikel dient der A. pulmon. zum Ursprung, welche rechts oberhalb des Hauptbronchus, links zwischen den beiden ersten Aesten in die betreffende Lunge eintritt. Der linke Vorhof nimmt die V. cava sup. und inf. auf, von denen die erstere

[1]) Vortrag und Demonstration im Aerzteverein zu Halle a. S. am 4. Januar 1893.

links neben und hinter der Aorta ascend. in die Höhe zieht, während die V. cava inf. links neben der Aorta desc. in die Bauchhöhle zu verfolgen ist. An der Theilungsstelle der Lungenarterie ist eine Communication zwischen ihr und dem Aortenbogen durch den offenen Ductus Botalli vorhanden. Der Oesophagus, welcher am Halse in der Höhe des Jugulum hinter und ein wenig rechts von der Trachea gelegen ist, tritt in der Brusthöhle hinter den Arcus, dann zwischen Aorta descend. und V. azygos, um sich sodann von links nach rechts vor die Aorta descend. zu legen und auf der rechten Seite durch das Zwerchfell in die Cardia überzugehen. Der N. vagus schickt seine Nn. recurrentes auf der linken Seite unter der A. subcl. sin., rechts unter dem Aortenbogen nach oben. Der Stamm tritt dann beiderseits neben den Oesophagus; etwas oberhalb der Cardia gewinnt indessen der linke N. vagus eine mehr hintere, der rechte eine vordere Lage zu demselben. Die Nn. phrenici treten normal beiderseits vor der Lungenwurzel neben dem Herzbeutel nach unten und verbreiten sich im Zwerchfell. Die linke Lunge besitzt 3 Lappen, die rechte dagegen nur 2, und für die Herzspitze am freien Rande des Oberlappens eine Incisura cardiaca. Die Grösse und Form der Lappen bewegt sich — mutatis mutandis — innerhalb normaler Grenzen.

In der Bauchhöhle liegt die Milz, welche einen vorderen Margo crenatus besitzt, im rechten Hypochondrium; ihr Hilus entspricht dem nach rechts gerichteten Fundus des Magens und ist von ihm nur durch das lange, eine Anzahl erbsengrosser Nebenmilzen einschliessende Ligam. gastrolienale getrennt. Der Magen hat eine ziemlich verticale Lage, doch hat sich die Drehung um seine Längsaxe bereits vollzogen, wie ausser an der Lage der Nn. vagi auch aus der transversalen Stellung des Lig. hepatogastricum ersichtlich ist. Letztere stösst nach links an das Lig. hepatoduodenale, welches links den Gallengang, rechts die Leberarterie, zwischen und hinter beiden die V. portae einschliesst; hinter ihm ist von links her das Foramen Winslowii zugängig, von dem aus sich das grosse Netz mit Leichtigkeit aufblasen lässt. Der Magen geht dann in der Richtung nach links in das Duodenum über, welches kein Mesenterium besitzt und, bevor es in's Jejunum sich fortsetzt, eine sehr verwickelte Verschlingung bildet. Am Uebergang in's Jejunum findet sich eine sehr tiefe Retroperitonealtasche, welche der Fossa duodenojejunalis entsprechen dürfte. Das Colon ascendens besitzt mit dem unteren Abschnitt des Ileum ein gemeinschaftliches Mesenterium und ist nebst Coecum und Proc. vermiformis völlig beweglich bis zur Flex. coli sin., von wo aus eine straffe Peritonealfalte eine Verbindung mit der unteren Fläche der Gallenblase besorgt. Das Colon ascend., welches auf der linken Seite gelegen ist, setzt sich sodann in das Colon transv. und in das rechts gelegene Colon desc. und S Romanum fort. Diese letzteren Darm-Abschnitte zeichnen sich durch ein auffallend langes Mesocolon aus. Das Pancreas liegt mit dem Kopfe neben den Schlingen des Duodenum und zieht dann nach der rechten Seite herüber. Die Leber liegt vorwiegend im linken Hypochondrium; der linke Lappen übertrifft an Grösse erheblich den rechten, von welchem es durch das Lig. suspensor. getrennt ist; an der unteren Fläche grenzen die Gallenblase und das rechts von ihr gelegene Lig. teres einen undeutlichen Lobus quadratus ab. (Beim Aufschneiden des Bauches in der Mittellinie links am Nabel vorbei hatte sich das Lig. teres störend in die Bauchwunde vorgelegt und gab zuerst Veranlassung für die Vermuthung eines Situs inversus). An den Nieren lässt sich die Heterologie nur aus ihren Beziehungen zu den Gefässen ableiten. Die V. cava inf., welche links von der Aorta descend. nach abwärts zieht, entsendet die rechte V. renalis in querem Verlauf von der Aorta zur Niere, wo sie vor und über der A. renal. dextr. einmündet, während die V. renal. sin. keine Gelegenheit hat, sich mit der Aorta zu kreuzen. Unregelmässiger Weise verläuft aber die A. renal. sin. vor der V. cava inf., und tritt viel tiefer, als die entsprechende Vene zur linken Niere.

Die Todesursache war in dem vorliegenden Falle Pneumonie.

II. Bericht der vom ärztlichen Bezirksverein München zur Prüfung des Einflusses der Steil- und Schräg-Schrift (Schiefschrift) gewählten Commission.*)

(Fortsetzung.)

Bericht über die Messungsergebnisse von Körper- und Kopf-Haltung, sowie der Entfernung der Augen von der Federspitze bei Steilschrift einer-, bei Schrägschrift nach Berlin-Rembold andererseits.

Erstattet von Oberstabsarzt Dr. Seggel.

Die Zahl der untersuchten in 59 Classen vertheilten Schüler betrug 2949. Von diesen schrieben 1638 steil, 1311 schräg. 916 waren in der 1., 1010 in der 2. und 1023 in der 3. Classe.

Herr Dr. Sendtner, prakt. Arzt hier, hatte wiederum die Freundlichkeit, mich bei den Messungen in förderndster Weise zu unterstützen.

Im Uebrigen glaube ich auf die Einleitung zu meinem vorjährigen Berichte hinweisen zu können, da ich in der Messungsmethode und der Berechnung der Messungsergebnisse keine Aenderung vornahm, gestatte mir nur daran zu erinnern, dass geringe Abweichungen von der geraden Haltung bis zu 4^0 d. h. die nicht auffälligen schiefen Haltungen als relative Geradehaltungen neben den absoluten aufgeführt werden.

Die Messungen erstreckten sich auf Körperhaltung (Schulterstand), Kopfhaltung und Entfernung der Augen von der Federspitze,

Bei den Messungsergebnissen sollen miteinander verglichen werden die beiden Schreibmethoden, die beiden Untersuchungsjahre 1892 und 1891, sowie endlich die 3 Schülerclassen. Ausserdem finden auch die Neigungsrichtung und die Grösse der Schüler Berücksichtigung.

1. Körperhaltung.

Dieselbe ist zu ersehen aus Tabelle Ia, welche die Anzahl der Schüler, und Tabelle Ib, welche den Elevationswinkel, um den sich die höhere Schulter über die Horizontale erhob, oder, was gleichbedeutend ist, den Neigungswinkel des Rumpfes nach der andern Seite ergiebt. Rechte Schulter höher entspricht also Neigung des Rumpfes nach links, linke Schulter höher Neigung des Rumpfes nach rechts.

Tabelle Ia.

a) Steilschrift.

	Gerade Körperhaltung				
	a) Absolut gerade	b) Relativ gerade	R. Schulter höher Linksneigung	L. Schulter höher Rechtsneigung	Summa
1. Classe	178	350	53	117	520
2. „	172	372	53	136	561
3. „	202	379	68	110	557
Zusammen	552	1101	174	363	1638

b) Schrägschrift.

	a) Absolut gerade	b) Relativ gerade	R. Schulter höher Linksneigung	L. Schulter höher Rechtsneigung	Summa
1. Classe	57	194	112	90	396
2. „	113	274	68	107	449
3. „	129	273	75	118	466
Zusammen	299	741	255	315	1311

Tabelle Ib.

a) Steilschrift.

	R. Schulter höher Linksneigung	L. Schulter höher Rechtsneigung	Durchschnitt
1. Classe	$6{,}7^0$	$2{,}9^0$	$2{,}1^0$
2. „	$6{,}7^0$	$2{,}5^0$	$2{,}0^0$
3. „	$8{,}5^0$	$2{,}2^0$	$2{,}2^0$
Zusammen	$7{,}4^0$	$2{,}5^0$	$2{,}1^0$

b) Schrägschrift.

	R. Schulter höher Linksneigung	L. Schulter höher Rechtsneigung	Durchschnitt
1. Classe	$8{,}4^0$	$2{,}9^0$	$3{,}9^0$
2. „	$8{,}0^0$	$2{,}9^0$	$2{,}7^0$
3. „	$7{,}9^0$	$2{,}9^0$	$2{,}7^0$
Zusammen	$8{,}1^0$	$2{,}9^0$	$3{,}1^0$

Aus Tabelle Ia ergibt sich nach procentuarischer Berechnung, dass

			Relativ		
	1. absolut gerade sitzen	2. schief sitzen	3. relativ gerade sitzen mit einem Elevat.-winkel bis zu 4^0	4. R. Schulter höher Körper nach L. geneigt	L. Schulter höher Körper nach R. halten
bei Steilschrift	33,7	66,3	67,2	10,6	22,2
„ Schrägschrift	22,8	77,2	56,5	19,5	24,0
Zusammen	27,2	72,8	62,5	15,5	23,0

Das Verhältniss der augenfällig Schiefsitzenden bei Steilschrift zu dem bei Schrägschrift ist daher

1892	32,8 : 43,5	i. e.	3 : 4
und war 1891	40,8 : 56,2	„	5 : 7

*) Vergl. d. W. 1892, No. 28 (Beilage).

Das der absolut gerade sitzenden Schüler bei Steilschrift zu Schrägschrift ist

1892 33,7 : 22,8 i. e. 3 : 2
und war 1891 25,4 : 12,6[1]) „ 2 : 1

Der Winkel, um den die Schultern schief stehen, beträgt nach Berechnung aus Tabelle Ib

1892	bei Steilschrift	2,1°	bei Schrägschrift	3,1°
1891	„ „	3,17°	„ „	4,5°

Auch 1892 ist also bei Steilschrift nicht nur der Procentsatz der Geradesitzenden ein erheblich höherer, sondern auch die schiefe Haltung eine geringere als bei Schrägschrift. Während aber beide Schriftführungen gegen das Vorjahr eine Besserung der Körperhaltung zeigen, ist diese Besserung bei der Schrägschrift eine grössere, ohne dass sie jedoch 1892 — wenigstens quantitativ — einen günstigeren Stand erreicht, als die Steilschrift 1891 hatte.

Auffällig ist, dass heuer die linke Schulter häufiger höherstehend gefunden wurde als die rechte und zwar vorzugsweise bei der Steilschrift, während im vorigen Jahr das umgekehrte Verhältniss bestand. Ebenso aber wie im vorigen Jahr zeigt heuer die rechte Schulter eine höhere Elevation.

Es hatten nämlich

	die r. Schulter höher 429,	die l. Schulter höher 678 u. zw.
bei Steilschrift	„ „ „ „ 10,6%	„ „ „ „ 22,2%
„ Schrägschrift	„ „ „ „ 19,5%	„ „ „ „ 24,0%

und der Neigungswinkel beträgt

7,8° bei höherer rechter Schulter
2,6° „ „ linker Schulter.

Bei der schiefsten (linksseitigen) Körperhaltung betrug der Neigungswinkel 26° bei Schrägschrift, 31° bei Steilschrift.

Einen Vergleich der Körperhaltung nach Classen ergibt folgende Zusammenstellung:

Geraden Sitz hatten

	1891				1892			
	bei Steilschrift		bei Schrägschrift		bei Steilschrift		bei Schrägschrift	
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
1. Classe	19,2	54	12	44	34,2	67,3	14,4	49
2. „	31	64	13,3	43,7	30,7	66,3	25,2	61
3. „	—	—	—	—	36,2	68	27,7	58,6

Die im vorigen Jahre bei Steilschrift bei der 2. Classe constatirte beträchtlich bessere Körperhaltung hat sich demnach heuer nicht gefunden, in der 2. Classe wurde sogar eine kleine Verschlechterung festgestellt.

Gegentheilig ergab sich heuer bei der Schrägschrift eine erhebliche bessere Körperhaltung der 2. Classe gegenüber der ersten. Dieser letztere Umstand würde, wenn bei der Steilschrift nicht überhaupt bessere Körperhaltung bestände als bei Schrägschrift, dieser letzteren das Wort reden.

Der im vorjährigen Bericht p. 14 ausgesprochene Satz, dass die bessere Körperhaltung der 2. Classe gegenüber der 1. zu Gunsten der Steilschrift spreche, hat sich demnach durch die diesjährige Untersuchung als nicht zutreffend erwiesen und muss für die bessere Körperhaltung der 2. Classe im Jahre 1891 eine andere Erklärung gesucht werden und zwar in Folgendem:

Die steilschreibende 1. Classe von 1892 ist, wie vorstehende Zusammenstellung ersehen lässt, hinsichtlich der Körperhaltung der von 1891 weit überlegen, zeigt sogar noch bessere Körperhaltung als die 2. Classe 1891 aus dem einfachen Grunde, weil 1892 gleich von Beginn des Unterrichtes an steil geschrieben wurde, während 1891 vor Einführung der Steilschrift schon ein halbes Jahr schräg geschrieben wurde, also der schwierige Uebergang von Schräg- zu Steilschrift zu machen war. Die 1891 constatirte bessere Körperhaltung der 2. Classe gegenüber der ersten dürfte also folgerichtig dadurch bedingt sein, dass die Schüler der 2. Classe den Uebergang von Schräg- zu Steilschrift leichter überwanden als die noch ungeschickten Schüler der 1. Classe.

Es ist also eigentlich nicht die bessere Körperhaltung der 2. Classe gegenüber der ersten im vorigen Jahre bei Steilschrift, sondern die bessere Körperhaltung der 2. Classe gegenüber der ersten bei Schrägschrift nach der diesjährigen Untersuchung ein bemerkenswerthes Resultat. Dasselbe ist jedoch nicht vollkommen einwandsfrei. Denn in den beiden einander gegenübergestellten Beziehungen war das Experiment kein reines, da nicht vom Beginn an steil geschrieben wurde, sondern der Uebergang von Schräg- zu Steilschrift gemacht werden musste. „Viel ausschlaggebender und zwar zu Gunsten der „Steilschrift erscheint es mir daher, dass bei der diesjährigen Unter„suchung die 1. Classe, welche gleich beim Eintritt in die Schule „steil schreiben lernte, also vorher gar nicht schräg geschrieben hatte, „eine ganz vorzügliche (34,2 Proc. absolut, 67,3 Proc. relativ gerade) „und jedenfalls ganz überwiegend bessere Körperhaltung hatte, als „die ebenfalls von Beginn an schräg schreibende 1. Classe mit nur „14,4 Proc. absolut und 49 Proc. relativ gerade sitzenden Schülern."

[1]) Im vorjährigen Berichte ist irrthümlich 11,4% angegeben.

II. Kopfhaltung.

Hierüber giebt Aufschluss

Tabelle IIa.

a) Steilschrift.

	Gerade Kopfhaltung a) absolut	Gerade Kopfhaltung b) relativ	R. Ohr höher Linksneigung	L. Ohr höher Rechtsneigung	Gesammtsumme
1. Classe	38	148	270	102	520
2. „	44	178	246	137	561
3. „	74	223	196	138	557
Zusammen	156	549	712	377	1638

b) Schrägschrift.

	Gerade Kopfhaltung a) absolut	Gerade Kopfhaltung b) relativ	R. Ohr höher Linksneigung	L. Ohr höher Rechtsneigung	Gesammtsumme
1. Classe	10	46	285	65	396
2. „	19	102	274	73	449
3. „	21	82	305	79	466
Zusammen	50	230	864	217	1311

Tabelle IIb.

a) Steilschrift.

	R. Ohr höher Linksneigung	L. Ohr höher Rechtsneigung	Durchschnitt
1. Classe	13,1°	5,6°	8,5°
2. „	11,2°	4,1°	6,5°
3. „	10,3°	3,7°	5,2°
Zusammen	11,7°	4,4°	6,7°

b) Schrägschrift.

	R. Ohr höher Linksneigung	L. Ohr höher Rechtsneigung	Durchschnitt
1. Classe	18°	7,3°	14,4°
2. „	15,3°	6,8°	11,0°
3. „	14,0°	5,3°	10,4°
Zusammen	15,7°	6,4°	11,8°

Aus Tabelle IIa ergiebt sich nach procentuarischer Berechnung, dass den Kopf halten

	1. absolut gerade	2. überhaupt schief	3. relativ gerade	4. relativ nach l. geneigt	5. relativ nach r. geneigt
bei Steilschrift	9,5	90,5	33,5	43,5	23,0
„ Schrägschrift	3,8	96,7	17,5	65,9	16,6
Zusammen	7,0	93,0	26,4	53,4	20,2

Es ist also wie 1891 gerade Kopfhaltung seltener als gerade Körperhaltung, für sich genommen aber 1892 häufiger als 1891 und zwar sowohl absolut als relativ. Verhältniss (3 : 2).

Absolut gerade halten den Kopf bei Steilschrift

	1892	2½ mal so viel als bei Schrägschrift	9,5 : 3,8 Proc.
	1891	3 „ „ „ „ „	6,6 : 2,4 „
Relativ gerade	1892	2 „ „ „ „ „	33,5 : 17,5 „
	1891	3 „ „ „ „ „	23,1 : 8,4 „

Der Winkel, um den der Kopf schief steht, beträgt nach Tabelle IIb durchschnittlich

1892	bei Steilschrift	6,7°	bei Schrägschrift	11,8°
1891	„ „	8,3°	„ „	13,4°

ist also bei Schrägschrift beträchtlich grösser als bei Steilschrift, und zwar ist die Differenz in beiden Jahren die gleiche, beträgt genau 5,1°. Es ist also für beide Schreibweisen in Bezug auf den Neigungsgrad des schief gehaltenen Kopfes die gleiche Besserung eingetreten, während in Bezug auf die Zahl beziehungsweise Procentsatz der Geradehaltungen des Kopfes die Besserung bei der Schrägschrift eine etwas erheblichere ist, wenn dies hier auch in minderem Grade als bei der Körperhaltung hervortritt. Es werden also 1892 in Bezug auf die Kopfhaltung noch weniger als in Bezug auf die Körperhaltung bei der Schrägschrift die günstigen Werthe der Steilschrift 1891 erreicht.

Linksneigung des Kopfes ist bei beiden Schreibweisen viel häufiger als Rechtsneigung. Das Verhältniss ist wie 1 : 2,65, Linksneigung war also mit dem Verhältniss 1 : 3,75 im vorausgegangenen Jahre noch häufiger.

Ebenso ist in beiden Untersuchungsjahren die Neigung des Kopfes nach links eine beträchtlichere als die nach rechts und zwar bei beiden Schreibarten. Die Differenz ist im heurigen Jahre noch etwas grösser als im Vorjahre, da die Rechtsneigung des Kopfes eine geringere geworden ist, während der Grad der Linksneigung bei Schrägschrift gleich geblieben ist, der bei Steilschrift sich 1892 sogar etwas höher berechnet, wie nachfolgende Zusammenstellung ergiebt.

Durchschnittliche

	Linksneigung		Rechtsneigung	
	Steilschrift	Schrägschrift	Steilschrift	Schrägschrift
1891	9,7°	15,1°	6,2°	8,5°
1892	11,7°	15,7°	4,4°	6,4°

Die schiefe Kopfhaltung, die gefunden wurde, war 56° bei Steil-, 55° bei Schrägschrift. Der Kopf war links geneigt.

Hinsichtlich der Schulclassen ergab sich 1892, dass mit aufsteigender Classe die Kopfhaltung besser wird, bei Steilschrift in der 2. Classe allerdings nur mässig, beträchtlich in der 3. Classe; bei der Schrägschrift erheblich besser in der 2. Classe — dieselbe hat relativ und nahezu auch absolut gegen die 1. Classe doppelt so hohen Pro-

centsatz gerader Kopfhaltungen — dagegen wurde bei der Schrägschrift keine nennenswerth bessere Kopfhaltung in der 3. Classe, relativ sogar ein kleiner Rückschritt gefunden.

1891 war die bessere Kopfhaltung der 2. Classe gegenüber der 1. bei Steil- und Schrägschrift ganz proportional.

Die Procentsätze zu dem eben Erläuterten wollen nachfolgender Zusammenstellung entnommen werden.

Gerade Kopfhaltung

	1891				1892			
	Steilschrift		Schrägschrift		Steilschrift		Schrägschrift	
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
1. Classe	4,6	14,5	1,7	6,5	5,4	28,5	2,5	11,1
2. „	8,3	30,7	3,1	10,5	7,8	31,7	4,2	22,7
3. „	—	—	—	—	13,3	40	4,5	17,6

Aus dieser Zusammenstellung geht ferner noch hervor, dass bei reinem Experimente, wie es 1892 bei der gleich im Beginn des Unterrichtes einerseits steil, andererseits schräg nach Berlin-Rembold schreibenden 1. Classe gemacht werden konnte, gleichwie die Körperhaltung auch die Kopfhaltung bei Steilschrift eine weit bessere ist als bei Schrägschrift, denn bei ersterer fanden sich mehr als nochmal so viel absolut gerade und fast dreimal so viel relativ gerade Kopfhaltungen.

Die Besserung der Winkelstellung des Kopfes mit aufsteigender Classe ist in beiden Untersuchungsjahren und für beide Schreibweisen ungefähr die gleiche und besteht hier kein Ueberwiegen zu Gunsten der Steilschrift.

Es schien mir zweckdienlich, auch für dieses Jahr die Beziehungen der Körper- und Kopfhaltungen zu einander zu berücksichtigen. Dieselben sind aus Tabelle III zu ersehen, welche zugleich einen Vergleich mit dem Ergebnisse des Vorjahres giebt. Ich habe jedoch vorgezogen, in dieser Tabelle abweichend vom Vorjahre bei der Kopfhaltung die relativen, nicht die absoluten Werthe, mit den relativen Körperhaltungen zu vergleichen. Die im vorigen Jahre erhaltenen Untersuchungsergebnisse sind daher im gleichen Sinne für die Tabelle umgerechnet.

Entsprechend der im Allgemeinen besseren Körper- und Kopfhaltung im 2. Uebungsjahre (1892) ist hier auch das Zusammentreffen (relativ) gerader Kopf- und Schulterhaltung — Haltung 1 — ein häufigeres Vorkommen nämlich in:

24,7 Proc. bei Steilschrift gegen 15,6 Proc. im Vorjahre
12,4 „ „ Schrägschrift „ 4,0 „ „ „
19,2 „ überhaupt „ 10,2 „ „ „

Von den abweichenden Stellungen war gerade Körperhaltung mit linksgeneigtem Kopfe — Haltung 2 — die häufigste, nämlich in

28,8 Proc. bei Steilschrift gegen 31,8 im Vorjahre
35,4 „ „ Schrägschrift „ 29,8 „ „
31,7 „ überhaupt „ 30,9 „ „

Haltung 2 war also überhaupt die häufigste.

Seltener fand sich gerade Körperhaltung mit rechts geneigtem Kopfe — Haltung 4 — in

13,7 Proc. bei Steilschrift
8,7 „ „ Schrägschrift
11,5 „ überhaupt.

Dann folgen als fast gleichwerthig Rechtsneigung des Körpers mit Linksneigung des Kopfes, linke Schulter und rechtes Ohr höher — Haltung 5 — bei 11,1 Proc. und Haltung 3: Körper und Kopf zugleich nach links geneigt bei 10,6 Proc. und zwar bei Haltung 3 bei Schrägschrift den doppelten Procentsatz der Steilschrift übersteigend, bei Haltung 5 denselbend fast erreichend (Haltung 3 fand sich im Vorjahre ganz auffällig häufiger, nämlich bei 23,5 Proc.)

Seltenere Körper- und Kopfhaltungen sind: gleichzeitige Rechtsneigung des Kopfes und Rumpfes — Haltung 6 — bei 6,9 Proc. und gerade Kopfhaltung mit Neigung des Körpers nach links — Haltung 8 — bei 5 Proc. (im Vorjahre nur bei 2,5 Proc.), ganz selten gerade Kopfhaltung mit Körperneigung nach links — Haltung 9 — bei 2,2 Proc., sowie endlich Haltung 7: Körperneigung nach links mit Rechtsneigung des Kopfes — Haltung 7 — bei 1,8 Proc. (im Vorjahre dagegen wesentlich häufiger, nämlich bei 4,6 Proc.).

Von den selteneren Schreibhaltungen findet sich gerade Körperhaltung mit Rechtsneigung des Kopfes — Haltung 4 — und gerade Kopfhaltung mit schiefer Körperhaltung nach rechts oder links, Haltung 8 und 9, also die einfachen Schiefhaltungen häufiger bei Steil- als bei Schrägschrift, während die Neigung von Körper und Kopf entweder nach einer oder entgegengesetzten Seiten, also die doppelten Schiefstellungen bei Schrägschrift vorwiegen.

Hinsichtlich des Neigungsgrades ist zu bemerken, dass beträchtlichere Körperneigung, wie dies aus dem pag. 5 Gesagten hervorgeht, sich findet bei Linksneigung (rechte Schulter höher), also 1) bei Haltung 3: Neigung von Kopf und Schulter nach links (7,8°), wobei auch die stärkste Kopfneigung (17,9°) statthatte, und 2) bei Haltung 7: Linksneigung des Körpers (5,7°) mit Rechtsneigung des Kopfes, wobei die Kopfneigung mit 5,6° sogar geringer ist als die Körperneigung, und 3) bei Haltung 9: Kopf gerade, Körper links geneigt mit 8,2°.

Bei Haltung 9 allein ist die Schulterneigung bei Steilschrift mit 8,4° etwas höhergradig als bei Schiefschrift mit 7,5°.

Die Kopfneigung ist aber bei Schrägschrift unter allen Verhältnissen grösser als bei Steilschrift.

Von einem eingehenderen Vergleich des diesjährigen Befundes mit dem vorjährigen glaube ich, um mich nicht zu sehr in Details zu verlieren, absehen zu sollen und glaube mich hiezu um so mehr berechtigt, als dadurch nichts Wesentliches zur Sache beigetragen würde. Wesentliche Abweichungen bei Haltung 1, 3, 7 und 8 sind überdies kurz angegeben worden.

Tabelle III. Vergleich der Schulter- zur Kopf-Haltung.

Jahr	Classe	1			2			3			4			5			6			7			8			9		
		Schulter gerade Kopf „	Sch.	K.	Schulter gerade R. Ohr höher	Sch.	K.	R. Schult. höher R. Ohr „	Sch.	K.	Schulter gerade L. Ohr höher	Sch.	K.	L. Schult. höher R. Ohr „	Sch.	K.	L. Schult. höher L. Ohr „	Sch.	K.	R. Schult. höher L. Ohr „	Sch.	K.	Kopf gerade L. Schult. höher	K.	Sch.	Kopf gerade R. Schul. höher	K.	Sch.
		%	0	0	%	0	0	%	0	0	%	0	0	%	0	0	%	0	0	%	0	0	%	0	0	%	0	0
1890/91	Steilschrift	15.6	1.2	2.0	31.8	1.7	10.9	18.8	6.9	13.4	11.8	1.2	5.1	6.4	3.4	10.1	4.6	4.0	7.8	3.7	7.7	7.4	3.0	1.5	2.6	4.3	2.4	5.8
	Schiefschrift	4.0	1.5	1.8	29.8	1.9	15.0	29.0	7.8	17.8	10.0	1.4	8.3	12.3	3.5	15.0	4.9	4.2	8.6	5.6	10.4	8.7	1.8	2.1	2.9	2.6	2.0	8.3
	Summa	10.2	1.2	2.0	30.9	1.8	12.8	23.5	7.4	15.9	10.9	1.3	6.5	9.2	3.5	13.2	4.7	4.1	8.2	4.6	9.2	8.2	2.5	1.7	2.7	3.5	2.2	6.7
1891/92	Steilschrift	24.7	0.9	1.9	28.8	1.5	10.9	6.3	7.0	13.9	13.7	0.8	4.2	8.4	2.9	12.5	7.9	2.4	4.6	1.4	7.3	4.3	5.9	2.1	2.2	2.9	1.5	8.4
	Schiefschrift	12.4	1.2	2.1	35.4	1.5	14.1	15.9	8.2	19.0	8.7	1.0	5.9	14.6	3.0	15.4	5.6	2.9	6.9	2.2	7.6	6.9	3.8	2.2	2.4	1.5	2.3	7.5
	Summa	19.2	1.0	1.9	31.7	1.5	12.5	10.6	7.8	17.9	11.5	0.9	4.8	11.1	3.0	14.0	6.9	2.6	5.5	1.8	7.5	5.6	5.0	2.1	2.3	2.2	1.7	8.2

(Schluss folgt.)

Feuilleton.

Der Entwurf eines Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten.

Bemerkungen zu den Abschnitten II. bis VI.

Von Ministerialrath a. D. Dr. *Wasserfuhr* in Berlin.

In einem Aufsatze: „Der Entwurf eines Reichsgesetzes, „betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, „und die Anzeigepflicht“ in No. 10 dieser Wochenschrift, bin ich dafür eingetreten, dass die im I. Abschnitt des Entwurfs behandelte Anzeigepflicht auf Cholera, Fleckfieber und Pocken beschränkt werde, dass nur einfache (nicht doppelte) Anzeigen, und zwar an den „beamteten Arzt“ (nicht auch an die Ortspolizeibehörde) erstattet werden, dass behandelnde Aerzte und gegebenen Falls auch approbirte niedere Medicinalpersonen für die Anzeige und etwaige Portoauslagen eine bestimmte, wenn auch geringe Entschädigung erhalten, und dass ein besonderes Reichsgesetz erlassen werde, betreffend allgemeine obligatorische Leichenschau mit Feststellung der Todesursache durch Aerzte und, wo solche fehlen, auch durch Nichtärzte.

Von diesem Standpunkte aus würden sich im II. Abschnitte die von dem „beamteten Arzte“ vorzunehmenden Ermittelungen natürlich sehr viel einfacher gestalten als die in § 6 vorgeschriebenen, welche sich auch auf Darmtyphus, Diphtherie, Rückfallfieber, Ruhr und Scharlach erstrecken sollen. Der beamtete Arzt würde, sobald ihm von einer Erkrankung oder

einem Todesfall an Cholera, Fleckfieber oder Pocken Anzeige zugegangen ist, unverzüglich an Ort und Stelle die näheren Umstände des Falles zu prüfen, der Polizeibehörde über das Ergebniss zu berichten und bei Gefahr im Verzuge (welche wohl jedes Mal vorhanden sein wird) die zur Verhütung der Ansteckung anderer Personen zunächst erforderlichen Maassregeln anzuordnen haben. „In solchen Fällen" heisst es im § 10 mit Recht „hat der Vorsteher der Ortschaft den Anord„nungen des beamteten Arztes Folge zu leisten; von den ge„troffenen Anordnungen hat der beamtete Arzt der Ortspolizei„behörde sofort Mittheilung zu machen". Erfolgen gleichzeitig oder kurz hintereinander mehrere solcher Anzeigen, so müsste der Arzt meines Erachtens in jedem einzelnen Falle ebenso wie bei dem ersten verfahren, aber nur so lange, bis das epidemische Auftreten der betreffenden Krankheit ausser Zweifel steht. Hiernach würde § 6 entsprechend zu ändern sein. Gegen § 9 (mit Weglassung von Gelbfieber und Pest) und 8 ist nichts zu erinnern.

Dass dem beamteten Arzte die Möglichkeit zur Vornahme der erforderlichen Ermittelungen gesetzlich gesichert wird (§ 7), ist zu billigen. Nur dass bei Verdacht auf „Cho„lera, Fleckfieber, (Gelbfieber, Pest), Pocken, Darmtyphus oder „Rückfallfieber" die Oeffnung der Leiche eines Verstorbenen soll polizeilich angeordnet werden können, halte ich für unzulässig. Die Zustimmung der Hinterbliebenen ist nöthig; gegen deren Willen darf eine Leichenöffnung meines Erachtens nur von einer Gerichts-Behörde angeordnet werden. Aber auch ein sachliches Bedürfniss zu jener Bestimmung liegt wenigstens für Cholera, Fleckfieber und Pocken nicht vor. Hegt der beamtete Arzt bloss Verdacht auf eine Erkrankung oder einen Sterbefall an einer dieser Krankheiten, so wird er verständig handeln, etwaige sanitätspolizeiliche Anordnungen bis auf Weiteres so zu treffen, als ob es sich erwiesenermaassen um eine derselben handele. Uebrigens kann Verdacht auf Pocken durch eine Leichenöffnung nicht füglich aufgeklärt werden. Gegen die amtliche Begründung des § 7 aber, nach welcher bei Verdacht auf Cholera die Leichenöffnung „um deswillen geboten sein kann, weil die Krankheit nur „durch bakteriologische Untersuchung des Dünndarminhalts mit „Sicherheit erkannt werden kann", ist einzuwenden, dass nach allgemeinen klinischen Regeln die Diagnose einer Krankheit niemals auf einen einzelnen pathologischen Befund gegründet werden soll, dass ferner die bakteriologische Untersuchung des Dünndarminhalts allein erfahrungsgemäss keineswegs die Cholera mit Sicherheit erkennen lässt, da der Cholerabacillus einerseits auch bei einfachen Durchfällen gefunden, andererseits in Fällen vermisst worden ist, welche klinisch unbedingt als asiatische Cholera zu erachten waren. Endlich darf wohl darauf hingewiesen werden, dass Dünndarminhalt in cholera-verdächtigen Fällen meist mit Leichtigkeit ausserhalb des Körpers des Kranken gewonnen werden kann, und dass es dazu nicht erst der Eröffnung der Bauchhöhle und des Aufschneidens des Dünndarms bedarf.

Von dem — von mir nicht gebilligten — Standpunkte des Entwurfs aus, nach welchem auch jeder Fall von Darmtyphus, Diphtherie und anderen in Deutschland heimischen Krankheiten angezeigt werden soll, würden übrigens die Vorschriften über die auf Grund dieser Anzeigen vorzunehmenden Ermittelungen des beamteten Arztes in § 6 einer redactionellen Verbesserung bedürfen, denn der Sinn ist unklar. Es bleibt nämlich dunkel, ob der beamtete Arzt in jedem Falle einer Anzeige von einer Erkrankung an Darmtyphus, Diphtherie etc. Ermittelungen an Ort und Stelle vornehmen soll — was freilich undurchführbar sein würde — oder nur in bestimmten Fällen. Wenn Letzteres in Aussicht genommen ist, und eine solche Ermittelung, wie es in der amtlichen Begründung heisst, im Allgemeinen nur stattfinden soll, „wenn es sich um den „ersten Ausbruch einer Seuche in einer Ortschaft han„delt", und, „nachdem einmal der Seuchenausbruch fest„gestellt ist, es der Regel nach einer amtsärztlichen Controle „aller weiteren Krankheitsfälle nicht bedarf", so müsste dies zur Vermeidung von Missverständnissen im Text des Gesetzes klar ausgesprochen werden und nicht bloss in der Begründung. Zugleich müsste gesagt werden, was unter dem „ersten Ausbruch einer Seuche" zu verstehen ist. Der beamtete Arzt erhält (ebenso wenig wie die Polizeibehörde) eine Anzeige von dem „Ausbruch" oder dem „Auftreten" einer Seuche, sondern nur die Anzeige, dass eine bestimmte Person an einer der in Rede stehenden Krankheiten, z. B. Darmtyphus, erkrankt oder verstorben ist. Wenn die demzufolge vorgenommene Ermittelung des beamteten Arztes dies bestätigt, ist dann eine „Seuche" ausgebrochen? Dazu bedarf es doch wohl mehrerer gleichzeitig oder kurz nacheinander erfolgten Fälle derselben Art, denn in der Regel braucht man den Ausdruck „Seuche" erst dann, wenn eine ansteckende Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat. Es ist nicht zulässig, in einem Gesetze Ausdrücke, welche bloss ähnliche, aber nicht dieselben Begriffe bezeichnen, wie „gemeingefährliche" Krankheit, „ansteckende" Krankheit und „Seuche" als synonym zu betrachten und je nach der Tendenz des Gesetzes einen an die Stelle des anderen zu setzen, wie dies schon in der allgemeinen Begründung des Gesetzes mit „öffentlicher Gesundheitspflege" und „Gesundheitspolizei" geschehen ist.

An den I. Abschnitt „Anzeigepflicht" und den II. „Ermittelung der Krankheit" knüpft der Entwurf in logischer Weise den III. Abschnitt „die Schutzmaassregeln". Dieser Abschnitt leidet an dem schweren Mangel — auf welchen wir bereits in No. 10 dieser Wochenschrift hingewiesen haben — dass er nur solche Schutzmaassregeln kennt und zum Gegenstande der Gesetzgebung machen will, welche erst nach Ausbruch einer Seuche in Kraft treten. Dieser Standpunkt macht den ganzen Entwurf zu einem unhygienischen, insofern das allgemeine Wesen und Ziel der Hygiene in der Verhütung von Krankheiten, auf dem in Rede stehenden Gebiete also in der Verhütung des Ausbruchs von Seuchen im Sinne von Epidemien liegt. Die Mittel, welche der Hygiene für diesen Zweck zu Gebote stehen, wie Sorge für Reinhaltung des Bodens, des Trinkwassers, für gesunde Wohnungen, Nahrungsmittel u. s. w. sind bekannt genug, und die grossen Erfolge, welche in vielen englischen und deutschen Städten mit thätiger und aufgeklärter Selbstverwaltung, wie Frankfurt a./M., Danzig, Berlin, München u. a., auf diesem Wege für den Schutz gegen Epidemien von gemeingefährlichen Krankheiten der in Rede stehenden Art erreicht wurden, ebenso unbestreitbar wie die schweren Verluste an Menschenleben und Geld, welche andere Städte durch Vernachlässigung der Seuchenverhütung erlitten haben, und zwar nicht bloss im Orient und in Süd-Europa, sondern auch in Deutschland, z. B. Hamburg durch Vernachlässigung seiner Trinkwasserversorgung und Bauordnung (Gängeviertel). Von jenen Mitteln aber ist in dem Entwurf nicht die Rede, wenn man nicht einige allgemeine Sätze (§ 23 und 34) hierher rechnen will, durch welche an den bereits bestehenden „Landesrechten" nichts geändert werden soll. Der Entwurf hat nur eine und zwar untergeordnete Seite der Seuchenbekämpfung in's Auge gefasst, übergeht die andere mit Stillschweigen, obwohl man ihm die allgemeine Ueberschrift: „Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten" gegeben hat. und muss hierdurch im Volke die irrige Meinung erwecken, die Mittel, welche den öffentlichen Gewalten nach Ausbruch einer Seuche zur Verfügung stehen, seien die wirksamsten wenn nicht einzigen zur Bekämpfung derselben — eine Meinung, welche die praktische Weiterentwicklung der Hygiene der Wohnorte in gemeinschädlicher Weise lahm legen würde.

Die Mittel zur Verhütung der Entstehung von „Seuchen" (im Sinne von Epidemien) unterscheiden sich von denjenigen, welche nach Ausbruch von Seuchen deren Weiterverbreitung verhindern sollen, wesentlich dadurch, dass erstere von den Organen der Selbstverwaltung abhängen, lange sachverständige Vorarbeiten bedingen und erhebliche Capitalanlagen erfordern, welche aber für die Gesundheit und den Wohlstand der Einwohner gute Zinsen tragen. Centrale Wasserleitungen, Canalisationen, Rieselanlagen, gute Abfuhreinrichtungen, gesunde Wohnungen sind nicht im Handumdrehen auf dem Verordnungs-

wege zu beschaffen. Andererseits sind Maassregeln, welche nach einem Seuchenausbruch zur Anwendung kommen können, nur für einen kurzen, vorübergehenden Zeitraum berechnet, bestehen hauptsächlich in Verordnungen der Behörden und liegen in den Händen der Polizei. Das vorgelegte Gesetz ist dementsprechend wesentlich ein Polizeigesetz. Sein Zweck ist, während der Dauer der Epidemie die Ansteckung von Person zu Person zu verhüten. Dazu sind Beschränkungen der persönlichen Freiheit der Staatsbürger und Beschränkungen in der Verfügung über ihr Privateigenthum, also auch Beschränkungen des Verkehrs und Handels erforderlich. Die Erfahrung hat aber hinlänglich gelehrt — u. A. auch in der letzten Cholera-epidemie — dass Maassregeln dieser Art in Deutschland zu den bedenklichsten Belästigungen der Personen, zu schweren Schädigungen des Nationalwohlstandes und zu grossen Geldausgaben zu führen pflegen, ohne den erwarteten Nutzen der Seuchenbeschränkung zu gewähren. Die Vollmachten, welche ein Polizeigesetz wie das vorgelegte den Behörden ertheilt, dürfen daher in einem Rechtsstaate sich nur auf allgemein von den Sachverständigen als nöthig und zweckmässig anerkannte Maassregeln erstrecken, auch sich nur auf thatsächliche Erfahrungen, nicht auf wechselnde und angefochtene wissenschaftliche Hypothesen gründen, und das Gesetz muss jene Vollmachten bestimmt bezeichnen, um Missbrauch auszuschliessen. Diese in der Natur der Sache liegenden allgemeinen Gesichtspunkte sind aber in den Vorschriften des Entwurfs nicht zur Geltung gelangt. So können ganz gesunde Reisende, bloss weil sie vor ihrer Ankunft sich „in Gegenden“ aufgehalten haben, in welchen Cholera, Gelbfieber, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind, dadurch belästigt werden, dass sie ihre Ankunft der Ortspolizeibehörde schriftlich oder mündlich zu melden haben (nach französischem Choleramuster); die Unterlassung wird mit 10 bis 150 M. oder mit Haft nicht unter einer Woche bestraft. Bei gewissen Krankheiten kann nicht nur die Absonderung „kranker oder der Krankheit verdächtiger“, sondern sogar von „ansteckungsverdächtigen“ (?) Personen angeordnet werden. Der Vorstand der Haushaltung, in welcher sich der Kranke oder „Verdächtige“ befindet, ist verpflichtet, auf Erfordern Einrichtungen zu treffen, welche verhindern, dass der Kranke oder „Verdächtige“ mit anderen als den zu seiner Behandlung und Pflege bestimmten Personen in Berührung kommt. Der arme Haushaltungsvorstand! zumal, wenn er, wie die meisten Haushaltungsvorstände, mit den Seinigen nur 1 oder 2 Zimmer bewohnt! Doch der Entwurf weiss Rath. „Ist die Absonderung in dieser Weise nicht durchführbar, so „kann, falls der beamtete Arzt es für erforderlich erklärt, „die Ueberführung des Kranken oder Verdächtigen in ein „Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunfts-„raum angeordnet werden“. Die Landesbehörden können für den Vertrieb von Gegenständen, „welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten“, die „zur Verhütung der Verbreitung erforderlichen Maassregeln“ anordnen (§ 15). Wohnungen und Gebäude, in welchen gewisse Erkrankungen vorgekommen sind, können unter Umständen polizeilich geräumt werden. Die Ein- und Durchfuhr von Waaren und Gebrauchsgegenständen aus dem Auslande, der Einlass der Seeschiffe und der dem Personen und Waarenverkehr dienenden Fahrzeuge, der Eintritt und die Beförderung von Personen aus dem befallenen Lande kann verboten oder beschränkt werden u. s. w. Der Entwurf stellt demnach eine grosse Reihe von Maassregeln, welche tief in das Privat- und Erwerbsleben einschneiden, dem Ermessen der Polizeibehörden und dem Gutachten eines „beamteten Arztes“ anheim. Zwar wird an verschiedenen Stellen der Begründung zur Beruhigung der Leser darauf hingewiesen, dass gewisse Maassregeln „selbstverständlich unter thunlichster Vermeidung „persönlicher Belästigungen“ oder nur „in Fällen dringender „Noth“ angeordnet werden sollen, dass ferner der Bevölkerung überall „der in der letzten Epidemie oft entbehrte Schutz gegen „ausschreitende amtliche Anordnungen“ geboten werden soll. Solche Versicherungen gewähren aber keinen Schutz gegen Missbrauch, und zwar um so weniger, als die maassgebende Leitung der Sanitätspolizei in Preussen und anderen Bundesstaaten in den Händen von nicht-sachverständigen Juristen liegt, und der „beamtete Arzt“ eine in dem Entwurf nur in schwachen, ganz ungenügenden Umrissen gezeichnete Persönlichkeit ist (§ 35).

Wichtiger als beruhigende Versicherungen, dass die Behörden ihre Vollmachten mit Takt und Einsicht gebrauchen werden, wäre es gewesen, wenn das Bedürfniss, den Behörden überhaupt Vollmachten von so schwer wiegender Bedeutung zu übertragen, sachlich, d. h. aus medicinischen Erfahrungen, nachgewiesen worden wäre. Dies ist aber ganz unterlassen worden; wie es scheint, hat man jenes Bedürfniss für selbstverständlich und seine sachliche Begründung für überflüssig gehalten. Man erfährt in dieser Beziehung nur, dass „im „Kaiserlichen Gesundheitsamt unter Zuziehung der hervor-„ragendsten Sachverständigen Deutschlands, welche dem Amt „als ausserordentliche Mitglieder angehören, über die ein-„schlagenden wissenschaftlich-technischen Fragen Berathungen „stattgefunden haben, und dass auf der hierdurch gewonnenen „Grundlage sodann der vorliegende Gesetzentwurf ausgearbeitet „worden ist“. Es ist zu bedauern, dass Berathungen „der „hervorragendsten Sachverständigen Deutschlands“ über die Grundlage eines wichtigen Reichsgesetzes nicht veröffentlicht worden sind. Es hätte dies eine grosse Lücke in der Begründung des letzteren ausgefüllt und wäre andererseits allgemein lehrreich gewesen. Jene Berathungen über wissenschaftlich-technische Fragen als Amtsgeheimniss zu behandeln, dazu lag doch wohl keine Veranlassung vor? Hoffentlich wird der Reichstag später die Kenntnissnahme jener Verhandlungen beanspruchen. So lange die medicinische Grundlage des Entwurfs amtlich im Dunkel gelassen wird, kann man nur aus den Vorschriften desselben auf seine Grundlage zurückschliessen. Dabei ergibt sich so viel, dass letztere von einer streng kontagionistischen Anschauung des Ursprungs der in Rede stehenden Krankheiten gebildet wird. Das vorgelegte Gesetz, welches in Veranlassung der letzten Choleraepidemie entstanden und desshalb nicht mit Unrecht von dem Vorwurf eines „Gelegenheits-Gesetzes“ getroffen worden ist, hat offenbar hauptsächlich die Cholera im Auge, und geht sicherlich von der Theorie aus, die Cholera entstehe in Deutschland ausschliesslich aus einem specifischen Krankheitserreger, dem Kommabacillus, welcher in Indien im menschlichen Körper verbreitet ist und aus den Darmausleerungen der Inder mittelst des Personen- und Waarenverkehrs auf Umwegen zu uns gelangt. Abhaltung und Vernichtung dieses Bacillus scheint der Hauptzweck der vorgeschlagenen Maassregeln. welche unter Zugrundelegung ähnlicher ätiologischer Anschauungen auch gegen eine Anzahl anderer gemeingefährlicher Krankheiten angewandt werden sollen. Jene Theorie wird aber doch nur von einem Theile der Sachverständigen, wenn auch von denjenigen, welche gegenwärtig in Berlin maassgebend sind, anerkannt. Einige sehen den Cholerabacillus nicht als Ursache, sondern als Product der Choleraerkrankung an; andere — namentlich englische und französische — halten den Ursprung der Cholera aus dem Kommabacillus für nicht erwiesen, oder bezweifeln die Specificität desselben; viele sind davon überzeugt, dass Cholera in Deutschland oft ohne Import von auswärtigen Kommabacillen entstanden ist, sei es in Folge Wiederbelebung alter zurückgebliebener Keime, oder in Folge von Transformation oder Eigenschaftsveränderung einheimischer Bacillen; sehr viele halten für die Entstehung einer Epidemie unbedingt noch andere Faktoren als die blosse Aufnahme von Kommabacillen in den menschlichen Körper für nöthig, nämlich eine örtliche und individuelle Disposition u. s. w. Wir gehen auf diese Streitfragen nicht näher ein. Das aber ist sicher, dass die Meinungen der Sachverständigen über Entstehung und Verbreitung der Cholera sowie ähnlicher gemeingefährlicher Krankheiten, mit welchen der Entwurf sich beschäftigt, noch ausserordentlich unter einander abweichen, sich zum Theil entgegenstehen und mannigfachem Wechsel unterliegen. Unter diesen Umständen erscheint es aber unzulässig, eine der jetzt verbreiteten Theorien ohne Berücksichtigung der übrigen herauszugreifen und eine amtliche ätiologische Cholera-

dogmatik zu schaffen, deren Lehrsätze auf Grund eines tief eingreifenden Reichsgesetzes mit Hülfe der Polizei im öffentlichen Leben Deutschlands verwirklicht werden sollen.

Wenn aber weder die bakteriologische noch eine andere Theorie gegenwärtig eine sichere und allgemein von den Sachverständigen anerkannte Grundlage für ein Reichsgesetz zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten abgiebt, auf welcher Grundlage kann denn überhaupt ein solches Gesetz errichtet werden? Unsers Erachtens nur auf Grund der epidemiologischen Erfahrung, beziehungsweise auf Grund der Erfahrungen, welche man bisher mit den Mitteln zur Bekämpfung der Cholera gemacht hat. Giebt man dies zu, so erscheint ein grosser Theil der in dem vorgelegten Gesetze in Aussicht genommenen Schutzmaassregeln übertrieben, unnöthig oder schädlich. Was haben in der letzten Cholera-Epidemie — um nur von dieser zu reden — Cordons, Quarantänen, Einfuhr- und Durchfuhrverbote, andere Beschränkungen des Handels und Verkehrs, sowie alle Belästigungen der Reisenden an den Grenzen wie im Innern Deutschlands genützt? Während in Venedig eine der rasch auf einander folgenden internationalen Sanitätsconferenzen, welche in ihren Ergebnissen bis jetzt die Reise- und Tagegelder der Delegirten nicht gelohnt haben, der Cholera den Weg aus Indien durch den Canal von Suez nach dem Mittelmeer versperren wollte, drang die Seuche über das Kaspische Meer nach Europa ein, und erreichte trotz sehr energischer russischer Schutzmaassregeln jener Art das Innere Russlands und Polen. Andererseits haben sich alle Seitens des Deutschen Reichs an seinen Land- und Seegrenzen ergriffenen Schutzmaassregeln als unwirksam erwiesen, um Deutschland vor Cholera zu bewahren. Dieselbe ist vielmehr zuerst in Hamburg aufgetreten, ohne dass irgend ein glaubwürdiger Nachweis ihres Imports aus dem Ausland hat geführt werden können. Später sind an verschiedenen Orten des Reichs, z. B. in Nietleben, Erkrankungen in grösserer oder geringerer Zahl aufgetreten, welche jeden Zusammenhang mit einem anderen Choleraheerde vermissen lassen. Solche Fälle sind sogar — abgesehen von den aus Hamburg importirten — in Berlin vorgekommen, und die sorgfältigen Untersuchungen, welche einer der ersten französischen Hygieniker, der Generalarzt und Prof. Arnould in Lille, über die Entstehung und Verbreitung der Cholera im vorigen Jahre in Nanterre, St. Denis, Neuilly, Puteaux, in der Irrenanstalt Bonneval bei Chartres, in der Normandie und in Marseille angestellt hat („Revue d'Hygiène" 1893, No. 1 u. 2), enden in dem Schlusssatze: „Le choléra légitime est né en „1892 en France aux portes de Paris, sans qu'il soit possible, „d'en saisir l'importation d'Orient avec ou sans étapes inter-„médiaires. — C'est d'ailleurs la seconde fois que cela arrive!" Wenn aber die Cholera autochthon, d. h. ohne Import auswärtiger Cholera-Erreger in Mittel-Europa entstehen kann, so sind Absperrungsmaassregeln an unseren Grenzen zwecklos, und wenn sie nach ihrem Ausbruch in Deutschland ungeachtet aller gegen die weitere Verbreitung der Cholera-Erreger im Inneren unseres Landes angewandten Polizei-Maassregeln dennoch an zahlreichen Orten desselben ohne Zusammenhang mit Cholera-Heerden entstanden ist, so haben solche Maassregeln geringen Werth. Erwägt man diesen negativen Ergebnissen gegenüber den schweren Schaden, welchen diese Art der Cholera-Bekämpfung dem Nationalwohlstande zugefügt hat, so erscheint wenigstens die Folgerung berechtigt, dass man sich bei Ertheilung von reichsgesetzlichen Vollmachten an die Behörden zur Anordnung solcher Maassregeln auf das Aeusserste beschränken soll.

Wir halten es nicht für unsere Aufgabe, und es würde den Raum dieser Wochenschrift überschreiten, hier Verbesserungsvorschläge für die einzelnen Paragraphen des III. Abschnitts des Gesetzentwurfs zu machen. Was die Cholera betrifft, so halten wir nach den obigen Ausführungen zur Abhaltung von Keimen derselben bei einem epidemischen Auftreten dieser Krankheit im Auslande jede Störung des Personen- und Waarenverkehrs an unseren Grenzen, mit Ausnahme des Verbotes der Einfuhr von undesinficirten Lumpen und getragenen Kleidungsstücken, sowie mit Ausnahme einer ärztlichen Beaufsichtigung des Gesundheitszustandes auf den zur See oder auf Flüssen aus Choleraländern anlangenden Schiffen, Fahrzeugen und Flössen, für ungerechtfertigt. Nach dem Auftreten der Seuche im Innern aber sollten die sanitätspolizeilichen Maassregeln gegen ihre Weiterverbreitung im Wesentlichen auf die Sorge für Kranke (nicht für blos „Verdächtige"), also für ärztliche Behandlung, gute Pflege, Transportirung und zweckmässige Unterbringung mit möglichster Isolirung ohne Zwangsmaassregeln, ferner für geeignete Reinigung und Desinficirung der Wohnräume, Kleider und Wäsche der Kranken, sowie für zweckmässige Leichenbestattung unter Begünstigung der facultativen Feuerbestattung, wo solche an Ort und Stelle möglich ist, beschränken. Ahme man doch der Cholera gegenüber das Beispiel Englands nach!

Nach den Bestimmungen des IV. Abschnitts des Entwurfs sollen für Gegenstände, welche durch eine polizeilich angeordnete Desinfection beschädigt oder vernichtet worden sind, vorbehaltlich gewisser Ausnahmen Entschädigungen gewährt werden. Ob reichsgesetzliche Bestimmungen dieser Art an der Zeit sind, müssen wir so lange bezweifeln, als nicht der schwankende Begriff: Desinfection in dem Gesetze selbst näher bestimmt ist. Es ist dies nicht geschehen, sondern dem Bundesrathe überlassen (§ 22).

In dem V. Abschnitte: „Allgemeine Vorschriften" verdient besondere Beachtung § 42, nach welchem ein „Reichs-Gesundheitsrath" errichtet werden soll, „um das Kaiserliche „Gesundheitsamt bei der Erfüllung der diesem Amte zuge-„wiesenen Aufgabe zu unterstützen". Unsererseits legen wir den Schwerpunkt der sachverständigen Thätigkeit bei Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, namentlich der Cholera, überhaupt nicht in Centralorgane, sondern in die sachverständigen Organe der örtlichen Gesundheitspflege. Aber es ist begreiflich, dass man mit Rücksicht auf die grossen Befugnisse, welche der Entwurf für die Behörden beansprucht, an den maassgebenden Stellen das Bedürfniss empfunden hat, bei der Ausübung jener Befugnisse sich auf ein Collegium sachverständiger Autoritäten zu stützen, dass man aber eine solche Stütze in dem Gesundheitsamt in seiner gegenwärtigen bureaukratischen Zusammensetzung aus einem juristischen Director und 6 ordentlichen Mitgliedern, unter welchen sich nur 3 Mediciner befinden, auch unter gelegentlicher Zuziehung einer Anzahl von Medicinalbeamten und anderen Sachverständigen aus den einzelnen Bundesstaaten als sogenannten „ausserordentlichen" Mitgliedern, nicht erblickt. Auch wir sind der Meinung, dass das Gesundheitsamt schon lange einer Reorganisation dringend bedarf. Aber diese Frage kann einerseits dadurch, dass man demselben nur in mechanischer Weise noch einen „Gesundheitsrath" beigiebt, nicht befriedigend gelöst werden. Andererseits ist ein Gelegenheitsgesetz, betreffend Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, nicht die geeignete Stelle, um eine weit über letzteren Zweck hinausreichende Reorganisation jener Art zu schaffen. Eine solche wird gewiss zweckmässiger für sich allein behandelt.

Dass schliesslich die Strafvorschriften im letzten Abschnitt des Entwurfs nach unseren die „Schutzmaassregeln" betreffenden Ausführungen eine bedeutende Vereinfachung mit Herabsetzung der angedrohten Strafen erfordern würden, wollen wir hier nur erwähnen, ohne auf Einzelheiten einzugehen.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

J. Passet: Ueber den Heilungsmechanismus der Urethralstricturen nach Urethrotomie und den sich hieraus ergebenden Werth der Urethrotomia externa. Ther. Monatshefte, Oct. 1892.

Im Eingang der beachtenswerthen Mittheilung macht Passet sehr richtig darauf aufmerksam, dass die alte Roser'sche Erklärung von der Heilung der Urethrotomiewunden, nach welcher die Harnröhrenschleimhaut an die äussere Haut herangezogen wird, nicht haltbar ist. Die bleibende Heilung der Strictur erfolgt vielmehr, wie P. im endoskopischen Bilde be-

obachten konnte, durch die Einschaltung neugebildeter Narbenmasse, die man bei der Endoskopirung sich etwas in das Harnröhrenlumen vorbuchten sieht. Aus dieser Thatsache ergiebt sich, dass man nach der Heilung der Harnröhrenwunde das Harnröhrenlumen durch fortgesetzte Sondirung weit erhalten muss, und weiter, dass man bei der Operation etwa vorhandene narbige Theile der Harnröhrenwand nicht exstirpiren darf. Verfasser zieht die äussere Urethrotomie der inneren als in ihrer Wirkung viel sicherer vor. Krecke.

H. Fischer: Specielle Chirurgie. Wreden'sche Sammlung. Bd. IX. Berlin 1892.

Das vorliegende „kurzgefasste" Lehrbuch der speciellen Chirurgie ist als eine Zierde der Wreden'schen Sammlung zu bezeichnen. Der Name des Verfassers bürgte schon von vorneherein dafür, dass in dem Buche nichts Alltägliches geliefert würde. Hat doch Fischer als anerkannt vorzüglicher Lehrer 25 Jahre hindurch als Leiter einer der grössten chirurgischen Kliniken Deutschlands auf das erfolgreichste gewirkt. Das zu verarbeitende Material war ihm also absolut geläufig und hat er dasselbe auch so dargestellt, dass wohl Keiner das Buch aus der Hand legen wird, ohne Auskunft über den gesuchten Gegenstand zu finden. Aber auch zum Studium der speciellen Chirurgie eignet sich das Werk ausgezeichnet. Es enthält Alles, was auf dem Gebiete der speciellen Chirurgie wissenswerth ist, und dabei hat nicht nur die Literatur ausgiebige Benutzung gefunden, sondern vor Allem auch die reiche Erfahrung des Verfassers. Vorzüglich finden wir dies auf dem Gebiete der Therapie bestätigt und deshalb glauben wir, dass namentlich auch die praktischen Aerzte dem Verfasser für sein Buch dankbar sein werden. Denn sie finden nicht viele Mittel ihrer eignen Auswahl überlassen, sondern lesen, dies hat sich mir bei meiner reichen Erfahrung bewährt, jenes aber nicht, dies ist gut, jenes schlecht. Sie haben also einen durchaus zuverlässigen Rathgeber in dem Buch an der Hand.

In einem Punkt ist der Verfasser von den bisher üblichen Dispositionen in den Lehrbüchern sehr erheblich abgewichen — sicherlich aber zum Vortheil seiner Leser. Er hat nämlich die Krankheiten der Extremitäten als ein Ganzes, nicht Glied für Glied, abgehandelt, weil er so Wiederholungen und auch das Zerreissen zusammengehöriger Capitel vermeiden, sowie durch kurze Einleitungen über den Stand allgemein chirurgischer Fragen den Anfänger orientiren konnte, ehe er in die specielle Chirurgie eintritt.

Alles in Allem ist das Buch sehr zu empfehlen und wünsche ich demselben recht viele Auflagen. Möchte es dazu mithelfen, gründliches und sicheres Können in unserer segensreichen und schönen Kunst zu verbreiten. Hoffa-Würzburg.

Dr. **A. Rheinstaedter: Praktische Grundzüge der Gynäkologie.** Ein Handbuch der Frauenkrankheiten für praktische Aerzte. Zweite Auflage. Berlin, A. Hirschwald, 1892.

Das Erscheinen einer zweiten Auflage von R.'s Buch beweist, dass dasselbe in weiteren Kreisen Aufnahme gefunden hat. Eine wesentliche Aenderung oder Erweiterung hat Verfasser seinem Buche in der neuen Auflage nicht gegeben. Es ist auch diesmal das Hauptgewicht auf die sogenannte kleine Gynäkologie gelegt, soweit sie auch vom praktischen Arzte in ambulanter Praxis ausgeführt werden kann.

In vielen Dingen geht R. seine eigenen Wege, so dass es auch nicht einer gewissen Originalität entbehrt. Vielleicht tritt die subjective Anschauung des Verfassers zu sehr in den Vordergrund, während bei einem „Handbuch der Frauenkrankheiten für praktische Aerzte" in erster Linie doch die allgemein gültigen Principien berücksichtigt werden müssen. Sehr stiefmütterlich ist die Illustration des Buches behandelt; mit Ausnahme der dargestellten Instrumente beschränkt sich dieselbe nur auf die Wiedergabe von Abbildungen aus Schröder's Lehrbuch. Döderlein.

Dr. **F. Massei**, a.o. Prof. der Laryngologie in Neapel: **Pathologie und Therapie des Rachens, der Nasenhöhle und des Kehlkopfes mit Einschluss der rhinoskopischen und laryngoskopischen Technik.** In's Deutsche übertragen von Dr. E. Fink in Hamburg. 2 Bände. Leipzig bei Arthur Felix 1892.

Die Wissenschaft ist in der Neuzeit ein Band geworden, welches Länder und Völker enger miteinander verknüpft, als dies früher der Fall war. Der gegenseitige Austausch von Meinungen wirkt befruchtend auf die Wissenschaft und ihre Vertreter. Die italienische Medicin, schon seit einer Reihe von Jahren in erstaunlichem Aufschwung begriffen, besitzt auch in der Laryngologie und Rhinologie ausgezeichnete Vertreter. Einer der berufensten derselben ist Massei in Neapel, dessen Werk Dr. E. Fink, Specialarzt in Hamburg, in's Deutsche übersetzt hat. Das Buch gliedert sich in drei Theile, wovon der erste die Anatomie und Physiologie des Rachens und der Nasenhöhlen, der zweite die Untersuchungsmethoden und der dritte die Pathologie und Therapie umfasst. Es kann nicht der Zweck vorliegenden Referates sein, auf Alles einzugehen, es sollen vielmehr nur einzelne Punkte herausgegriffen werden. Den Voltolini'schen Gaumenhaken hält Verf. nicht für sehr praktisch und bedient sich desselben nur ganz ausnahmsweise. Die Krankheitsbilder werden unter gewissen gemeinsamen Gesichtspunkten besprochen, und zerfallen in Circulationsstörungen — Anämie, Hyperämie, Varicen, Blutungen und Oedem —; es folgen dann die primären und secundären Entzündungen, die Mykosen, die dyscrasischen Processe, die Neurosen, Neoplasmen und in einzelnen Capiteln die eine besondere Stellung einnehmenden Erkrankungen. Den Schluss des Buches bildet die Besprechung der Erkrankungen der Sinus. Gegen Pharyngitis atrophica empfiehlt Verf. Bepinselungen mit Resorcin 1 : 10, Tinct. Capsici 1:30, Glycerin oder Ammoniak 1:2, Aq. destill., ferner 20 Proc. Milchsäure. Die Ozaena hält er für eine parasitäre Krankheit und empfiehlt daher die Antiparasitica, so besonders das Resorcin als Douche (1 : 200), das Thymol, Naphthol; ferner Einathmung verdichteter mit desodorificirenden Mitteln imprägnirter Luft mittelst des Waldenburg'schen Apparates; ausserdem Aufschnupfen von Calomelpulver 1 : 2 nach der Douche und Abends Einführen einer Jodoform- oder Jodsalbe. Mit besonderer Ausführlichkeit sind die Neurosen und die Neoplasmen behandelt. Die Darstellung ist überall eine äusserst lebendige und frische, durch eine grosse persönliche Erfahrung geläuterte, durch eine reiche Literaturbenützung geradezu in Erstaunen versetzende. Da auch die äussere Ausstattung der deutschen Auflage in Druck und Abbildungen nichts zu wünschen übrig lässt, kann man nur wünschen, dass das vortreffliche Werk allseitige Verbreitung finde. Schech.

Wilhelm Roser. Ein Beitrag zur Geschichte der Chirurgie. Von **Carl Roser.** Wiesbaden 1892. Verlag von J. F. Bergmann.

Wenn der Sohn es unternimmt, dem Vater ein Denkmal durch eine Lebensbeschreibung zu setzen, so entgeht er selten der Gefahr, des Mangels an Unbefangenheit beschuldiget zu werden. Aber so sehr die natürliche Beziehung des Sohnes zum Vater die gerechte Würdigung des endlichen Urtheiles zu beeinträchtigen vermöchte, so viele Vortheile bietet andererseits eine Lebensgeschichte, welche der Familienzugehörigkeit entstammt. Besitzt doch die deutsche Literatur einen Schatz von solchen Lebensbeschreibungen, welche hinsichtlich ihrer historischen Treue und Wahrhaftigkeit niemals in Zweifel gestellt worden sind. Ein einigermaassen versirter Leser weiss auch unschwer auseinanderzuhalten, was den Thatsachen und was dem durch innige Familienbande erwärmten Urtheile zugehört, und weiss den Duft, welchen dasselbe dem Werke verleiht, zu würdigen.

In der zur Besprechung vorliegenden Schrift ist diese Unterscheidung unschwer zu machen. Sie bringt das gesammte Material theils in historischer, theils in sachlicher Reihenfolge geordnet zur Anschauung. Die erste Folge der einzelnen Capitel soll ein Bild geben von dem Kampfe, den die drei schwäbischen Reformatoren — Griesinger, Roser und Wunderlich — in den drei Jahrzehnten von 1840 bis 1870 gegenüber der alten medicinischen Schule ausgefochten haben. Jeder der drei

Männer ist in seiner Eigenthümlichkeit geschildert; Griesinger als Begründer der modernen deutschen Psychiatrie und als Schöpfer neuer Anschauungen über die Infectionskrankheiten, Roser als Streiter gegen veraltete Praktiken und Anschauungen in den grossen Fragen der Chirurgie und Wunderlich als Neuerer in der allgemeinen Pathologie und in der medicinischen Klinik. Sie treten mit Henle und insbesondere mit Virchow auf den Schauplatz der Medicin der Neuzeit.

Wenn wir Aelteren heute zurückblicken auf jene Tage, in denen die „gelben" und die „grünen" Hefte, beide in ihrer Eigenart die alte Medicin bekämpften, so sind wir erfreut, dass von zwei Seiten her der Sturm gegen das Alte und damit aber auch die Begründung des Neuen unternommen wurde. Es wurde nicht nur zerstört, es wurde auch sogleich wieder aufgebaut: die zerfallenen Gebäude der Naturhistoriker wurden rasch ersetzt in den neuen Monumentalbauten, welche die pathologische Anatomie und alsbald die moderne Klinik errichteten. An der letzteren hatten die drei schwäbischen Reformatoren ihren grossen Antheil, den ihnen die Geschichte der Medicin in aller Zukunft zuerkennen wird.

Mit Recht ist das Buch bezeichnet als „ein Beitrag zur Geschichte der Chirurgie". Denn vom Jahre 1838 bis zum Jahre 1888, sohin genau innerhalb 50 Jahren, hat die deutsche Chirurgie einen ruhmvollen Weg zurückgelegt und als ein thatkräftig mitwirkendes Glied in der Reihe der Männer, welche die Chirurgie während dieser Zeit gefördert haben, wird immer Wilhelm Roser genannt werden.

Die Reihe der einzelnen Abhandlungen, welche den Inhalt des Buches bilden, wird eingeleitet durch den wohlbekannten Nekrolog Kroenleins, aus Langenbeck's Archiv reproducirt; sodann folgen die Nekrologe Roser's über Wunderlich, dann Wunderlich's über Griesinger, beide aus dem Archiv für Heilkunde. Sodann folgt eine Abhandlung Roser's „Die Pathologie als Naturwissenschaft" aus dem Jahre 1855. In diesem bis jetzt nicht veröffentlichten Vortrage beurtheilt Roser den Physiologen und Anatomen Henle doch etwas zu ungünstig, indem er ausspricht, dass Henle sich als Physiolog mit allzu grosser Sicherheit auf das pathologische Gebiet gewagt habe. Nach fast fünfzigjährigem Zeitraume seit dem Erscheinen der „rationellen Pathologie" (1846) darf ausgesprochen werden, dass die vielgeschmähten „Hypothesen" in den Köpfen der Aerzte doch recht gesunde Bewegungen erzeugt haben. Wer ein Freund ist vom Denken in der Medicin und wer sich für Augenblicke gerne lossagt von der herrschenden Tagesmeinung, der kann sich auch am Ende unseres Jahrhunderts noch ergötzen an der „rationellen Pathologie" und wird dabei den Werth der Hypothese sicher nicht unterschätzen.

Einen grossen Theil des Buches nehmen Roser's Abhandlungen über Pyämie, Septichämie, Diphtherie und über die pseudorheumatische Knochen- und Gelenkentzündung des Jünglingsalters, sämmtlich im Archiv für Heilkunde veröffentlicht, ein.

Das Buch gibt ein plastisches Bild der Bestrebungen deutscher Chirurgen um die Mitte des Jahrhunderts und liefert desshalb einen werthvollen Baustein zur Geschichte der Chirurgie. Die Ausstattung des interessanten Buches in Papier und Druck durch die Bergmann'sche Verlagshandlung ist eine vorzügliche und W. Rosers Bild in trefflicher Photographie ziert das Werk in würdiger Weise.

v. Kerschensteiner.

Vereins- und Congress-Berichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 29. März 1893.

Herr **Lassar** stellt einige Fälle vor, die an **Ulcus rodens** des Gesichts gelitten und durch Arsen (Injection von Natr. arsen. 1 : 100, eine Spritze oder innerliche Darreichung von Sol. Fowleri) geheilt wurden. An ausgezeichnet gelungenen Wachsabgüssen und Photographieen kann man den früheren Zustand mit dem jetzigen vergleichen.

Herr **O. Jsrael** demonstrirt 1) ein malignes Enchondrom des Fusses, 2) eine erworbene Verlagerung der linken Niere, welche auf eine Skoliose zurückzuführen ist.

Herr **Schweigger** stellt einige Patienten vor, bei denen hochgradige Myopie durch Discission der Linse mit nachfolgender Extraction beseitigt wurde. (Ein ausführlicher Vortrag darüber wird in der nächsten Sitzung gehalten werden.)

Herr **G. Lewin** demonstrirt Tafeln, auf welchen die Anatomie der normalen und pathologischen Haut nach mikroskopischen Präparaten anschaulich gemacht ist.

Herr **Treitel: Ueber das Gehör alter Leute.**

Herr Treitel untersuchte eine grössere Anzahl von Greisen und Greisinnen im Alter von 70—90 Jahren, mit Bezug auf die Hörweite in der Nähe (bei Flüstersprache), auf das Trommelfell und auf Druckschwankung (durch Manometer). Die Hörweite war regelmässig herabgesetzt. Es sei bemerkt, dass nur Leute untersucht wurden, die früher nie Ohrenleiden gehabt hatten. Auffällig ist der Unterschied gegenüber dem Auge. Während bei zunehmendem Alter die Sehschärfe eine Abnahme für die Nähe erleidet, ist für das Ohr eine Abnahme für die Ferne zu constatiren. Während die meisten Menschen im Alter Veränderungen der Augen erleiden und zwar oft schon vom 40. Jahre an, bleibt eine viel grössere Anzahl im Besitz eines guten Gehörs. Die Stellung des Trommelfells ist im Allgemeinen senkrecht, gegenüber der horizontalen Stellung in der Jugend. Das Trommelfell bot im Allgemeinen nicht das Aussehen, welches man nach Analogie anderer Alterserkrankungen erwarten durfte; insbesondere fand sich keine Verkalkung, ebenso nur in wenigen Fällen Ringbildung. Die Perceptionsdauer war jedesmal herabgesetzt.

Discussion. Herr B. Baginsky: Die Beobachtungen Treitel's sind nicht als vollkommene Thatsachen zu betrachten. Die Mechanik des Hörens ist eine so feine, dass unsere gesammten Hörprüfungsmethoden so zu sagen noch in den Windeln liegen, dass, wenn man vom Standpunkte der Theorie an die Prüfung herantritt, man von vorn herein Fiasco macht. Ein Material, das wie bei Herrn Treitel dem Siechenhause entstammt und sich auf Individuen bezieht, die weder körperlich noch geistig normal sind und auch in der Apperception nichts leisten können, ist absolut ungeeignet. Zur Prüfung sind intelligente Leute und eine lange Reihe von Jahren nothwendig. Es ist demnach nicht erlaubt, aus jenem Material die Schlussfolgerungen zu ziehen, die Herr Treitel gezogen hat.

Herr Schwabach erwähnt, dass man aus der Thatsache, dass ein Individuum besser oder schlechter hört, keinen Schluss auf Natur oder Sitz der Gehörstörung machen kann. Unsere Kenntnisse sind hier noch sehr gering. Wir wissen nicht einmal, weshalb alte Leute vom Knochen her schlechter hören, ob das vom Acusticus oder von einer Affection des Leitungsapparates herrührt.

Herr Treitel und Herr Moses widerlegen die Behauptung Baginsky's, dass das Material des Siechenhauses ungeeignet für die angestellten Untersuchungen ist. Ludwig Friedländer.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 27. März 1893.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn **Zuntz: Welche Mittel stehen uns zur Hebung der Ernährung zu Gebote?**

Herr Ewald: Der Werth der künstlichen Nährpräparate besteht darin, dass selbige im Stande sind, über gewisse kritische Punkte hinwegzuhelfen und als Ersatz für Nahrungszufuhr einzutreten. Auf die Dauer können solche Präparate den Patienten nicht ernähren; es macht sich Widerwillen gegen die Präparate bemerkbar; sie sollten nur als Lückenbüsser angewendet werden. Als solche aber sind sie ausgezeichnet und werden ihren Ruf stets bewahren. Ein französischer Forscher hat beobachtet, dass durch Injection von Pepton der Appetit ungemein gehoben wurde. Leyden's Standpunkt, dass alle gut schmeckenden Nahrungsmittel verdaulich sind, theilt Ewald nicht.

Herr Leyden: Wenn auch die künstlichen Peptonpräparate nicht ganz aus der Medicin ausgeschlossen werden sollen, so haben sie doch keinen reellen Werth für die Krankenernährung. Ihr Werth entspricht ungefähr dem Inhalte anderer Speisen an Eiweiss. Ein eigentlich Kranker nimmt lieber ein schlecht- als ein gutschmeckendes Medicament.

Herr Zuntz meint, dass eine eiweisshaltige Nahrung unentbehrlich sei, dass die Bedeutung der Peptonpräparate zwar vielfach übertrieben werde, jedoch ausser Frage sei. Das emulgirbare Fett wird besser ausgenützt als das neutrale.

Discussion über den Vortrag des Herrn **Thorner: Ueber die Anwendung des Tuberculins in vorgeschrittenen Fällen von Lungentuberculose.**

Herr Leyden: Die Behandlung mit Tuberculin ist für gewisse Fälle von grosser Bedeutung. In meiner Klinik wurde dieselbe indess völlig abgebrochen. Ich habe nach den vielen Stürmen die Sache weiter geprüft. Mein Standpunkt ist noch heute derselbe wie nach 14tägiger Anwendung des Tuberculins. Danach ist es ein zuverlässiges diagnostisches Mittel nicht; ich kenne keinen Fall, wo die Diagnose durch Injection von Tuberculin sicher gestellt werden konnte. In Bezug auf die Therapie haben sich die Injectionen in einzelnen Fällen wirksam erwiesen; wir haben nur einen Fall, wo Heilung erfolgte. Im Uebrigen wiederhole ich, dass wir ausserordentlich zaghaft sind in der Anwendung des Mittels. Das Fieber wurde jedesmal nach der Injection stärker. Einen Fall, wo sich Miliartuberculose entwickelte, sah ich nicht. Mein Standpunkt ist also, dass nur hier und da die Verwendung des Tuberculins erlaubt ist. — Von anderen Mitteln werden in neuerer Zeit empfohlen das Kreosot und die Zimmetsäure. Ein Forscher stellte die Hypothese auf, dass die Tuberculose auf einer Mischinfection beruhe; ich bin dieser Ansicht nicht. Der Nachweis der Coccen selbst ist sehr schwer; sie stellen keinen wirklichen pathogenen Process dar. Wenn man diese Coccen in der Lunge findet, ist noch keineswegs gesagt, dass sie einen Krankheitsprocess einleiten müssen. In den Cavernen findet man sie massenhaft, ohne dass sie deshalb nothwendiger Weise Tuberculose herbeiführen. Es ist hierbei zu erinnern, dass Tuberculöse nach einer alten Erfahrung wenig zu andern Infectionskrankheiten neigen, namentlich zu Eiterungsprocessen. Die gewöhnlichen Erscheinungen bei der Tuberculose kommen zu Stande, ohne dass andere Bacterien mitwirken. Es ist bekannt, dass im Eiter des Empyems sich keine Coccen finden. Mit grosser Mühe gelingt es, Tuberkelbacillen darin nachzuweisen. Fränkel sagt, wenn er im Eiter keine Coccen findet, sei es kein tuberculöses Empyem. Bei der Miliartuberculose haben wir das höchste Fieber und es besteht keine Wahrscheinlichkeit, dass irgend etwas Anderes mitwirkt. Bei tuberculöser Pneumonie hat Fränkel weiter nichts gefunden als Tuberkelbacillen. Also spielt die Mischinfection sicher keine wesentliche Rolle bei den tuberculösen Processen.

Herr Ewald legt ein Album vor, in welchem die Schemata von einer Reihe von Patienten einzusehen sind, bei denen von Woche zu Woche die Lungenbefunde aufgezeichnet wurden und aus denen die Erfolge der Jahre 1890/91 zu erkennen sind. Von diesen haben sechs Nachrichten gesandt oder sich selbst vorgestellt und befanden sich in gutem arbeitsfähigem Zustande (meist Handwerker). Sie haben nach der Tuberculininjection keinen Arzt mehr gebraucht, waren aber noch nicht ganz geheilt und hatten noch zu klagen. Zwei sind gestorben; einer befindet sich schlecht und liegt gegenwärtig im Hospital. Meine Ansicht ist, dass eine specifische Wirkung des Tuberculins nicht besteht. Indes sind eine ganze Reihe von Patienten gebessert, d. h. in einen Zustand übergeführt worden, in welchem sie leistungsfähig waren. Ein englischer Arzt sagte mir vor zwei Jahren in London, dass in ganz Deutschland die Naturgeschichte der Phthise nicht so bekannt sei, wie in England.

Herr A. Fraenkel: Es giebt eine käsige Bronchopneumonie, welche nicht durch Mischinfection erzeugt ist. Man darf auch nicht chronische und acute Fälle zusammenwerfen. Ich glaube, dass bei vorgeschrittenen Fällen Mikroorganismen in die Lungen eindringen und an dem Zerstörungswerk sich betheiligen.

Herr Thorner: Tuberculose heilt in vielen Fällen von selbst, d. h. meist nur im Ausland, namentlich in England, weil dort die Leute eine bedeutend bessere Lebensweise haben.

Ludwig Friedländer.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 21. März 1893.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

Herr **L. Seeligmann: Ueber einen Kaiserschnitt bei einem Falle hochgradiger Osteomalacie mit einer neuen Nachbehandlung.** Demonstration der Operirten. (Autoreferat.)

In dem Falle, der später zur Demonstration gelangte, handelt es sich um eine Frau von 37 Jahren. Sie ist die Ehefrau eines Eisenbahnbremsers und seit ca. 15 Jahren verheirathet. Ihr Vater lebt und ist gesund. Die Mutter starb an Lungentuberculose. Sie ist bei ihren Eltern in der Nähe von Bremen aufgewachsen und will in ihrer Jugend stets gesund gewesen sein. Ihre erste Periode bekam sie mit 15 Jahren und will sie als Mädchen immer regelmässig und auffallend stark menstruirt gewesen sein. Während ihrer 15jährigen Ehe ist sie 12 mal geschwängert worden; sie hat 7 ausgetragene Kinder geboren und 5 mal abortirt. Die Wohnung der Leute war früher und ist jetzt noch im Hammerbrook belegen und nicht feucht oder gesundheitswidrig zu nennen.

Ihr Leiden begann im Anschluss an die 8. Schwangerschaft, resp. die Entbindung ihres 5. lebenden Kindes, vor jetzt ungefähr 7 Jahren. Die damalige Entbindung ging noch spontan, ohne Kunsthilfe, von statten; sie hielt 4 Tage Wochenbett und stillte das Kind 10 Monate lang. Auch ihre früheren 4 Kinder hat sie jeweils ca. 2 Jahre selbst genährt und war immer wieder von neuem schwanger geworden, während sie das Kind noch an der Brust hatte. Die Schmerzen begannen in den Knochen des Beckens, gingen aber später auch auf die unteren und oberen Extremitäten und die Rippen über, so dass die Frau überhaupt nicht mehr gehen konnte, und während der vergangenen 7 Jahre fast permanent im Bette lag. Trotz dieses kläglichen Zustandes, der immer schlimmer wurde, hat sie in diesen 7 Jahren noch 4 mal concipirt — 2 lebende Kinder geboren und 2 Aborte durchgemacht. Die Entbindung des letzten Kindes (vor dem Kaiserschnitt) vor 3 Jahren wurde durch ärztliche Hilfe vermittelst Wendung und Extraction beendet. Das Kind starb gleich nach der Geburt. Nach dieser Entbindung verschlimmerte sich das Leiden, so dass sie nun in einen völlig hilflosen Zustand gerieth, und als sie eines Tages auf 2 Krücken gestützt aus ihrem Bette kriechen wollte, brach sie zusammen und erlitt eine Infraction des rechten Oberschenkels am oberen Drittel. Im darauffolgenden Jahre kam es zum Abort ihrer 11. Schwangerschaft mit einer 3 monatlichen Frucht. Dann fiel die Bejammernswerthe in die Hände einer „weisen Frau", die ihr ca. 100 blutige Schröpfköpfe an dem ganzen Körper setzte und eine Menge Blutes abzapfte. Im Januar des folgenden Jahres (1892) wurde sie zum 12. Mal, trotz ihrer Noth, geschwängert. Die Menstruation trat zwar Ende Januar 1892 noch einmal auf, war aber spärlicher als sonst. Während der ganzen Dauer ihrer nunmehrigen Schwangerschaft hat sie das Bett nicht verlassen. Gegen ihre heftigen Schmerzen bekam sie während langer Zeit Narcotica: Chloral, Morphium u. A. mehr.

Anfangs October 1892 wurde Patientin dem Vortragenden von Herrn Dr. Bischofswerder überwiesen und er konnte folgenden Status praesens aufnehmen.

Patientin, eine elend aussehende, abgemagerte Frau, liegt mit vollständig zusammengeballtem Oberkörper, der in seinem Grössenverhältniss auffallend zu den unteren Extremitäten contrastirt, regungslos im Bette. Die rechte untere Extremität zeigt am oberen Drittel eine stumpfwinklige Einknickung nach aussen; sie ist vom Trochanter gemessen ca. 5 cm kürzer als die linke untere Extremität. Das Abdomen ist stark prominent; ausserdem ist eine hochgradige Kyphoskoliosis der Brust- und eine auffallende Lordosis der Lendenwirbelsäule vorhanden.

Die äussere Untersuchung der schwangeren Frau, die schon mit der grössten Schmerzhaftigkeit verbunden ist, da sie bei der leichtesten Berührung laut aufschreit, ergiebt,

1) dass die Schwangerschaft, nach dem Stand des Uterus, ungefähr bis zur 34. Woche gediehen sein mochte, und

2) dass das Kind lebt und sich in Schieflage, Kopf rechts, Rücken nach vorne befindet.

Die Temperatur der Gravida betrug: 37,8° C, Puls 88. Der Urin zeigt eine Spur von Eiweiss, ist aber frei von Zucker.

Die äusseren Beckenmaasse betragen: Dist. spin. 24,5 cm, crist. 31 cm, troch. 32 cm, Conj. extern. 19 cm.

Die innere Untersuchung, die 2 mal (1 mal unter gütiger Assistenz der Herren Dr. Lomer und Dr. Schrader in Narkose) vorgenommen wurde, bestätigte die Diagnose der Osteomalacie. Das Becken zeigte auch in seinem Innern die typischen osteomalacischen Veränderungen. Die horizontalen und absteigenden Schambeinäste erscheinen beträchtlich zusammengedrückt und sich genähert, der Arcus pubis zeigt die typische 8 förmige Verkrümmung, das Promontorium springt weit ins Becken hinein vor, die Symphyse ist schnabelförmig verlängert, die Conj. diag. beträgt ca. 8 cm; der Beckenausgang ist für 2 Finger eben noch passirbar. Die Dehnbarkeit der Knochen, auf welche besonders in der Narkose geachtet wurde, ist nicht bedeutend. Von einer Entbindung per vias naturales selbst des verkleinerten Kindes konnte keine Rede sein. Es kam deshalb als entscheidende Operation nur der Kaiserschnitt in Frage, der nicht nur jetzt schon ein lebensfähiges Kind bringen, sondern auch mit Abtragung des Fruchthalters und seiner Anhänge einen auf das primäre Leiden der Osteomalacie zu erzielenden heilenden Einfluss haben konnte.

Am 4. October vorigen Jahres wurde die Operation vorgenommen. Da in der Cholerazeit bei dem heftigen Widerstreben der Patientin ein Transport in eine Klinik nicht möglich war, beschloss Vortragender in ihrem Hause zu operiren. Wegen der grossen Schmerzhaftigkeit bei jeder Berührung konnte sie vor der Operation nicht einmal mehr gebadet werden, sie wurde in ihrem Bette chloroformirt und auf einen nebenstehenden Tisch gebracht. Das Zimmer bot nun gerade noch genügenden Raum für Operateur und Assistenz (die Assistenz hatten die Herren Dr. Schrader, Dr. Lomer und Dr. Grapow gütigst übernommen). Es kam nach Desinfection der Bauchdecken mit Sublimat (1:1000) und Aether, nur sterilisirte physiologische Kochsalzlösung und sterilisirtes Material zur Verwendung.

Nach gründlicher, wiederholter Desinfection der Bauchdecken wurde das Abdomen durch einen grossen Schnitt eröffnet, und der gefüllte Uterus zur Wunde herausgewälzt. Die hervortretenden Darmschlingen werden mit warmen sterilisirten Darmschürzen bedeckt und

ein Schlauch um die Cervix gelegt, der natürlich jetzt noch nicht angezogen wurde. Darauf wird der Uterus an seiner vorderen Wand mit einem grossen Einschnitt geöffnet und das Kind durch die Uteruswunde und die Placenta, die an der vorderen Wand sass und in der Mitte getroffen war, rasch extrahirt. Die Blutung war ziemlich beträchtlich. Das Kind schrie sofort kräftig. Nun wurde der Schlauch an der Cervix rasch angezogen und die Gebärmutter mit ihren Anhängen, inclusive der Ovarien, über dem Schlauche abgetragen. Der Stumpf wird mit dem Thermokauter verschorft und auch der Cervicalcanal gründlich ausgebrannt. Nachdem nun noch die Lig. lata, die etwas eingerissen waren, vernäht worden waren, wird das Peritoneum des Stumpfes mit dem Peritoneum der Bauchwand vernäht und die übrige Wunde durch Seidennähte, die das Peritoneum, die Muskeln und die Bauchhaut zugleich fassten, vereinigt. Eine quergesteckte, breite Nadel sicherte den so extraperitoneal behandelten Stiel, darüber wird ein Heftpflastercompressivverband angelegt. Die Operation hatte ungefähr 50 Minuten gedauert.

Die Länge des Kindes betrug 48,5 cm, sein Gewicht 2410 g. Es war ein normal gebildeter, fast ausgetragener Knabe.

Die Ernährung des Kindes machte zuerst Schwierigkeiten; es konnte nur mit dem Löffel gefüttert werden; später verloren sich diese Zeichen seiner Schwäche und es gedieh ganz gut. Am 4. Tage bot das linke Auge des Kindes, am nächsten auch das rechte, das typische klinische Bild der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. Da diese Erscheinung bei einem Kinde, das mit den eigentlichen Geburtswegen gar nicht in Berührung gekommen war, sehr auffallend erschien, entnahm ich mit sterilisirten Instrumenten 2 Eiterpräparate, die Herr Prof. Deutschmann die Liebenswürdigkeit hatte, eingehender zu prüfen. Es fanden sich in beiden Präparaten keine Gonococcen. Die Eiterung hörte nach mehrtägiger Application einer 2 proc. Arg. nitric.-lösung auf, und die Augen waren wieder normal. Das Kind entwickelte sich in der Folgezeit zur Zufriedenheit weiter, bis es nach 4 Wochen in Kost und Pflege zu fremden Leuten gegeben wurde.

Der Heilverlauf der Mutter war trotz der ungünstigen äusseren Verhältnisse, die bei der Operation vorgewaltet hatten, ebenfalls ein völlig zufriedenstellender.

Am 2. Tage gingen Flatus ab, am 3. Tage trat Stuhlgang ein, nachdem schon bald nach der Operation als Getränk 2stündlich 1 Esslöffel voll Bitterwasser gereicht worden war. Die Temperatur stieg in den ersten 4 Wochen, während welcher sie gemessen wurde, nie über 37,7° C. Die Nähte wurden nach 10 Tagen entfernt; nach 4 Wochen fiel der Stumpf ab. Es war eine vollständige Heilung per primam zu stande gekommen. Der Trichter hat sich jetzt völlig ausgeglichen und ist mit Epidermis gut bedeckt.

Da nun nach den übereinstimmenden Berichten aller Autoren schon bald nach der Operation ein Sistiren der Schmerzen und ein Härterwerden der Knochen eintritt, beschloss Vortragender, so lange die Knochen noch dehnbar und nachgiebig waren, eine Streckung des ganzen Körpers der Frau vorzunehmen. Er hatte dabei zunächst im Auge, die Verkrümmung des rechten Oberschenkels, der Wirbelsäule und der Rippen möglichst auszugleichen, dann aber auch in zweiter Reihe auf die verschobenen Verhältnisse des Beckens zur Erzielung besserer Schwerpunktsunterstützung für die Zukunft bestmöglichst einzuwirken. Dieser neue Versuch ist nun vollständig geglückt. Nicht nur dass die Patientin den starken Zug vom ersten Tage an gut vertrug, gab sie schon nach kurzer Zeit an, dass sie in dem Verbande, beim Wirken der Gewichte, viel weniger Schmerzen hätte als zuvor. Am 10. October, 5 Tage post operationem, wurde der Zugverband angelegt. 2 Volkmann'sche Zugschlittenverbände an den beiden unteren Extremitäten, ein Gegenzug unter den Armen.

Die vor dem Anlegen des Verbandes aufgenommenen Maasse betrugen:

Die ganze Länge (vom Scheitel bis zur Sohle) im Liegen gemessen: 125 cm; vom linken Trochanter bis zur Sohle 89 cm; vom rechten Trochanter bis zur Sohle 84 cm; vom Trochanter links und rechts bis zum Scheitel beiderseits 36 cm.

Die Belastung, die mittelst Sandsäcke bewerkstelligt wurde, wurde täglich vermehrt, sollte jedoch nicht permanent wirken, sondern wurde zeitweise, durch Wegnahme der Säcke, ausgeschaltet. Nach 6 Wochen, am 14. XII. 92, wurde der Zugverband abgenommen und folgende Belastung gewogen:

An der linken unteren Extremität wirkten schliesslich: $9^1/_2$ Pfund, an der rechten unteren Extremität $11^1/_2$, unter den Armen $11^3/_4$ Pfund.

Eine neu vorgenommene Messung ergab das Resultat, dass die Frau um 18 cm grösser geworden war. Die rechte untere Extremität war nun fast ebenso lang, als die linke untere Extremität. Die ganze sonstige Verlängerung war dem Oberkörper zu gute gekommen. Nach Abnahme des Verbandes wird die Frau aus dem Bette genommen und es stellt sich heraus, dass auch beim Stehen, das sofort möglich ist, die Vergrösserung völlig bestehen bleibt. Die Schmerzen und Schwellungen in den Knochen und Gelenken, in den Rippen und der Wirbelsäule sind gänzlich geschwunden. Auch eine bald darauf vorgenommene innere Untersuchung, die jetzt ganz schmerzlos ist, ergiebt, dass der Zugverband auch auf die innere Configuration des Beckens eine bemerkenswerthe corrigirende Einwirkung ausgeübt hat. Der Beckenausgang ist bedeutend weiter geworden und beträgt die Conjug. diag. nun ca. 9 cm, gegen ca. 8 cm, vor der Operation.

Die Kyphoskoliosis der Wirbelsäule, die Verbiegung der Rippen ist fast gänzlich ausgeglichen, die Lendenlordosis nahezu als normal anzusehen. Die Gehfähigkeit und die Körperkräfte der Frau nahmen in der Folgezeit immer mehr und mehr zu, (auf die weitere Behandlung der Operirten wird Vortragender a. a. O. das Nähere berichten), so dass sie jetzt, nachdem sie vorher 7 Jahre hilflos und unter den unsäglichsten Schmerzen im Bette zubrachte, wieder ihrer Haushaltung vorstehen kann. Sie hält sich vollkommen gerade und hat gar keine Schmerzen mehr. Beim Gehen, das ihr keine Schwierigkeiten mehr bereitet, hat sie zunächst noch einen dünnen Stock in der Hand, der ihr aber nur zur Balance, nicht zur Unterstützung dient. Demonstration der Patientin.

Eingehende mikroskopische Untersuchungen der gewonnenen Präparate ergaben vollkommen normale Verhältnisse der Ovarien, der Tuben und des Uterus. Pathologische Veränderungen, wie sie Fehling an den Ovarien etc. fand, konnte Vortragender an seinem Materiale nicht nachweisen.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

M. Cremer: Phlorhizinversuche am Carenzkaninchen als Beitrag zur Lehre von der Entstehung von Zucker aus Eiweiss. (Bericht über eine mit Ad. Ritter gemeinschaftlich geführte Untersuchung.) (Vorgetragen am 7. Februar 1893.)

Zwei männlichen Kaninchen wurde vom 7.[1]) resp. 6. bis zum 12. resp. 16. Carenztage (dem Todestage) täglich einmal eine Dosis von 3 resp. 1 g Phlorhizin subcutan auf einmal und zwar zu derselben Tagesstunde beigebracht. Der Traubenzucker wurde täglich im verdünnten Harn nach Allihn bestimmt. Ausserdem wurde die tägliche N-Ausscheidung im Harn verfolgt. Hiebei ergab sich eine merkwürdige Uebereinstimmung zwischen Stickstoffcurve und Zuckercurve. Namentlich steigt bei Beginn der prämortalen N-Steigerung auch die Zuckerausscheidung.

In einem der beidenFälle wurde auch an einigen Tagen polarimetrisch untersucht. Die so bestimmte Zuckercurve verläuft um eine constante Ordinatenhöhe tiefer als die durch Reduction gefundene.

Es rührt dies davon her, dass (beim Kaninchen wenigstens) die subcutan beigebrachte Menge Phlorhizin quantitativ oder doch wenigstens nahezu quantitativ im Harn wieder erscheint.

Das Phlorhizin dreht die Ebene des polarisirten Lichtes beiläufig um eben so viel nach links wie der Traubenzucker nach rechts. Daher die Differenz zwischen Polarisation und Reduction.

Da nun der Zucker auch durch Gewichtsverlust bei der Gährung bestimmt und in befriedigender Uebereinstimmung mit den durch Reduction erhaltenen Zahlen gefunden wurde, so bleibt sowohl für reducirende nicht drehende Körper, die nach Allihn mit bestimmt worden wären, als auch für links drehende, aber nicht reducirende, abgesehen vom Phlorhizin selbst (z. B. für β-Oxybuttersäure) bei den angestellten Versuchen kaum Raum.

---

[1]) Ueber diesen Versuch berichtete Vortragender schon im Sommer 1892 kurz in der Gesellschaft.

Die Bedeutung des Gesagten für die Beurtheilung von Versuchen wie z. B. LIX und LXII v. Merings[2]) erhellt von selbst.

Auch ist es natürlich leicht möglich, willkürlich durch Beibringung grosser Massen von Phlorhizin linksdrehende Harne mit bedeutendem Traubenzuckergehalt zu erzielen.

Die vom Carenzkaninchen an einem Tage zu erhaltenden Zuckermengen sind überraschend gross und sehr geeignet, zur grössten Vorsicht bei der Beurtheilung gefundener Glycogenmengen nach Fütterungen zu mahnen.

Das Verhältniss Stickstoff zu Zucker wie 1 : 3 wird am 5. Carenztage leicht überschritten.

Am 13. Carenztage im obigen Versuche wurde im sechs Stunden nach der Injection durch Katheter gewonnenen und durch Blasenausspülung abgegrenzten Harn N zu Zucker wie 1:2,9 bestimmt.

Ueberhaupt kann man sagen: „Berücksichtigt man die rasche Ausscheidung des Phlorhizins bei Kaninchen, den Glycogengehalt und den Eiweisszerfall, so können Zuckerausscheidungen auftreten durchaus analog den Verhältnissen beim Hunde.“

Von besonderer Bedeutung ist es, dass der Traubenzucker des Phlorhizins selbst im Allgemeinen keinerlei Correctionsrechnung bedingt und der gefundene Traubenzucker als vom Thier stammend angesehen werden darf.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie des Sciences.

Sitzung vom 20. März 1893.

Das Pankreas und die Nervencentren, welche die Zuckerbildung reguliren.

Diese neuesten Untersuchungen, welche Chauveau und M. Kaufmann ihren früheren Experimenten über die Pathogenese des Diabetes anreihten, hatten ebenfalls letztere zuerst im Auge, dienten aber weiterhin dazu, eine wichtige allgemein physiologische Frage zu beleuchten. Sie kamen dabei zu folgenden Schlüssen:

1) Die Zuckerbildung der Leber steht unter dem directen Einflusse regulirender Centren.

2) Der experimentell erzeugte Diabetes (von Mering und Minkowski) zeigt, dass das Pankreas bei diesen Regulirungen die erste Rolle spielt.

3) Der Einfluss des Pankreas findet nicht direct auf die Leber statt, sondern wird besonders durch die Nervencentren vermittelt, welche die Thätigkeit der Leber zu reguliren haben.

4) Der letzteren giebt es zwei: ein hemmendes Centrum, in der Medulla oblongata gelegen, und ein erregendes, am oberen Ende des Halsmarkes nahe dem Ursprung des 4. Spinalnerven befindlich.

5) Das Hemmungscentrum der Leber überträgt seine Wirkung auf den Sympathicus durch die Rami communicantes der 4 ersten Cervicalnervenpaare; das Erregungscentrum durch die Rami communicantes, welche von den letzten Paaren der ersten Hälfte des Dorsalmarkes abgehen.

6) Das Pankreas wirkt auf diese beiden Centren in umgekehrtem Sinne, so dass durch dessen in's Blut gelangende Secrete das hemmende erregt und das erregende gehemmt wird. Abtragung des Pankreas, welche diese Secretion zum Stillstand bringt, zerstört also die hemmende Wirkung und vermehrt die erregende der Nervencentren: also beträchtliche Zunahme der Zuckerbildung (Hyperglykämie und Glykosurie).

7) Durchschneidung der Medulla oblongata zwischen Atlas und Os occipitis isolirt das Hemmungscentrum, das Erregungscentrum ist von seinem Antagonisten befreit und dadurch beinahe ebenso hochgradige Steigerung der Zuckerbildung wie bei Abtragung des Pankreas.

8) Der Einfluss der beiden regulirenden Centren geschieht nicht direct auf die Leber, sondern vermittelst Ganglien, welche in den sympathischen Nerven, der directen Innervationsquelle der Baucheingeweide, liegen. Diese Ganglien bilden wirkliche secundäre Centren und in ihren Zellen treffen sich die hemmenden und erregenden Wirkungen und modificiren sich gegenseitig.

9) Wird bei einem Thiere, welchem das Pankreas ausgeschnitten ist, der cervico-dorsale Theil des Rückenmarks durchschnitten, so thut das, obwohl das erregende Centrum für die Zuckerbildung gelähmt ist, der Uebermässigkeit der letzteren keinen Eintrag. Wird jedoch zuvor das Mark durchschnitten und dann das Pankreas abgetragen, so übt letztere Operation keinen Einfluss auf die verminderte Zuckerbildung aus.

10) Die Thätigkeit dieser Hemmungs- und Erregungscentren muss nothwendig in Zusammenhang stehen mit den Centren der Gefässerweiterung und -verengerung: die Vasomotoren regeln den Durchgang des Blutes durch das Leber- und Pankreassystem und setzen diesen Blutlauf in Beziehung zur eigentlichen Functionsthätigkeit der secernirenden Elemente.

(Nicht allein das Pankreas spielt eine regulirende Rolle bei der zuckerbildenden Thätigkeit der Leber; man darf nicht ausser Acht lassen, dass im nüchternen Zustande die unaufhörliche Zuckerbildung durch die Leber, bei allen physiologischen und pathologischen Zuständen auf Kosten des Organismus selbst stattfindet.)

11) Die Zusammenfassung der erwähnten Thatsachen führt zur einheitlichen Idee in der Pathogenese des Diabetes. Welches auch die primäre Ursache sei, die wirklichen charakteristischen Störungen bei demselben müssen auf die Störung der Regulircentren für die zuckerbildende Thätigkeit der Leber zurückgeführt werden, besonders auf die Lähmung oder mehr weniger Behinderung des Hemmungscentrums für die Thätigkeit der Lebercentren.

Das führt auf sehr weiten, aber sicheren Umwegen wieder auf den Gesichtspunkt Claude Bernard's über die Pathogenese des Diabetes. St.

XII. Congress für innere Medicin.

Nachträglich (vergl. d. W. No. 7) wurden noch folgende Vorträge angemeldet: Moritz Schmidt-Frankfurt a. M.: Behandlung der Verbiegung und Auswüchse der Nasenscheidewand durch Elektrolyse. – v. Ziemssen-München: Ueber den diagnostischen und therapeutischen Werth der Punction des Wirbelcanals nach Quincke. — Balser-Köppelsdorf: Winterreisen im Süden. — Ziemssen-Wiesbaden: Aus Prof. Baccelli's Klinik (in Rom): a) Aorten-Aneurysma operirt nach Baccelli. b) Plötzliche endothoracische Druckvermehrung. c) Intravenöse Sublimatinjection. — Posner-Berlin: Farbenanalytische Untersuchungen. — Quincke-Kiel: Zur Pathologie der Harnsecretion. — Leyden-Berlin: Ueber die Rolle, welche die Degeneration der hinteren Wurzeln bei der Rückenmarkssklerose der Tabes spielt. — Fliess-Berlin: Die nasale Reflexneurose. — Emil Pfeiffer-Wiesbaden: Ueber Harnsäurebestimmungen im Urin. — Mendelsohn-Berlin: Zur Therapie der harnsauren Diathese. — Cornet-Reichenhall: Ueber Tuberculose. — Trautwein-Kreuznach: Ueber Sphygmographie. — Rosenfeld-Stuttgart: Die Behandlung des tachycardischen Anfalles.

XI. internationaler medicinischer Congress, Rom 1893.

Der XI. internationale medicinische Congress wird, dem im Jahre 1890 zu Berlin gefassten Beschlusse gemäss, in diesem Jahre in Rom tagen; es ist für seine Eröffnung der 24. September, für den Schluss der 1. October in Aussicht genommen.

Die Unterzeichneten, welche den Vorstand des X. internationalen Congresses (Berlin 1890) gebildet haben, sind, der Aufforderung des italienischen Organisations-Comités folgend, zusammengetreten, um als

Deutsches Reichs-Comité

auf einen möglichst zahlreichen Besuch der deutschen Aerzte und auf eine möglichst umfassende Mitarbeit unserer Forscher und Gelehrten an den wissenschaftlichen Aufgaben des Congresses hinzuwirken, sowie gleichzeitig die Interessen unserer Landsleute beim Congress nachdrücklich zu vertreten. In allen deutschen Staaten sind specielle Comités mit den gleichen Aufgaben in Bildung begriffen; für die einzelnen preussischen Provinzen ist an die Vorstände der Aerztekammern das Ersuchen um ein entsprechendes Vorgehen gerichtet worden.

Die Aerzte Deutschlands, denen vor drei Jahren die Ehre zu Theil wurde, Fachgenossen aus allen Gebieten der bewohnten Erde bei sich als Gäste begrüssen zu dürfen, werden nicht zurückstehen, wenn es nun gilt, die deutsche Medicin im Auslande würdig zu repräsentiren.

Wir richten an unsere Collegen die Bitte, durch baldige und zahlreiche Anmeldungen zur Theilnahme und zur Mitarbeit am Congresse in Rom ihr Interesse für denselben zu bethätigen.

Berlin, im März 1893.

Dr. R. Virchow, Geh. Medicinalrath, ord. Prof., zeit. Rector der Universität, Vorsitzender. Dr. v. Bardeleben, Geh. Obermedicinalrath, ord. Prof. Dr. M. Bartels, Sanitätsrath. Dr. v. Bergmann, Geh. Medicinalrath, ord. Prof. Dr. v. Coler, Wirkl. Geh. Obermedicinalrath, Generalstabsarzt der Armee, ord. Honorar-Prof. Dr. C. A. Ewald, ausserord. Prof. Dr. B. Fränkel, ausserord. Prof. Dr. Graf, Geh. Sanitätsrath, Vorsitzender des Deutschen Aerzte-Vereinsbundes (Elberfeld). Dr. E. Leyden, Geh. Medicinalrath, ord. Prof. Dr. A. Martin, Privatdocent. Dr. Pistor, Regierungs- und Geh. Medicinalrath. Dr. W. Waldeyer, Geh. Medicinalrath, ord. Prof. Dr. C. Posner, Privatdocent, Schriftführer.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

(Bei der Behandlung der Prostatahypertrophie) befürwortet Guyon eine regelmässige, 2 mal täglich vorzunehmende Anwendung des Katheters. Die vollständige Heilung einer schon

---

[2]) Zeitschrift für klinische Medicin Bd. 16, S. 436 und 438.

vorhandenen Cystitis kann man damit allerdings nicht erreichen; wohl aber kann man einen relativ befriedigenden Zustand der Blase herbeiführen, dadurch dass man die abnorme Spannung derselben beseitigt und die fortwährende Verhaltung des zersetzten Urines aus dem Wege schafft. Auch wird auf diese Weise die Infection der oberen Harnwege verhindert. (Ann. des maladies des org. gén.-ur., 93,3.) Kr.

(Die Anwendung des Calomels bei Lebercirrhose mit Hydropsie) wird von Palma (medicin. Klinik-Prag) wärmstens empfohlen. Bei 4 Fällen trat unter Verschwinden der subjectiven Beschwerden eine ausgezeichnete Diurese ein, bei 2 schon sehr weit vorgeschrittenen Erkrankungen blieb die Wirkung aus. Man giebt das Calomel in Pulvern zu 0,2 g 3mal täglich, am besten 3 Tage lang (bei gleichzeitigem Gurgeln mit einer Lösung von chlorsaurem Kali). (Ther. Monatshefte, März 93.) Kr.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 4. April. In der vorigen Woche tagte in Berlin eine vom Reichsversicherungsamt einberufene Conferenz von Vertretern der Landesversicherungsämter und Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten unter dem Vorsitz des Präsidenten Dr. Bödiker. Erschienen waren 58 Theilnehmer. Erster Gegenstand der Tagesordnung war die Berathung, welche Maassnahmen zu treffen seien, um in allen Fällen ein sachgemässes ärztliches Gutachten über die Erwerbsfähigkeit eines Invalidenrentenbewerbers mit möglichst geringen Kosten zu erhalten. Nachdem seitens des Reichsversicherungsamts und der Vertreter der meisten Versicherungsanstalten die bisher in dieser Richtung gemachten Erfahrungen mitgetheilt worden waren, einigte man sich dahin, daran festzuhalten, dass es regelmässig Sache des Rentenbewerbers sei, das zur Begründung seines Antrags erforderliche ärztliche Gutachten selbst zu beschaffen und zu bezahlen; dass es aber den Versicherungsanstalten nicht verwehrt sei, zu den Kosten des ersten ärztlichen Attestes allgemein einen Zuschuss zu zahlen, und dass es dem Ermessen der Vorstände anheimgestellt werde, sich in dieser Beziehung mit den Aerzten ihres Bezirks in Verbindung zu setzen. Es wurde dabei betont, dass ein Handinhandgehen der Versicherungsanstalten und der Aerzte im Interesse der Durchführung der Versicherung dringend zu wünschen sei, und dass eine Einigkeit sich am ehesten erzielen lasse, wenn man den berechtigten Wünschen der Aerzte Entgegenkommen beweise. — Die berechtigten Wünsche der Aerzte gipfeln in der Forderung, dass die ärztlichen Gutachten durch die Versicherungsanstalten zu honoriren seien, da nur hierdurch eine angemessene Entlohnung des Arztes für die von ihm aufgewendete Mühe gewährleistet wird. Leider scheint nach dem Vorstehenden dieser Wunsch seitens der Versicherungsanstalten vorläufig nur wenig Entgegenkommen zu finden. Wir halten es deshalb für dringend erwünscht, dass seitens der ärztlichen Standesvertretungen Minimalsätze aufgestellt werden, unter welchen Gutachten für die Invaliditätsversicherung in keinem Falle ausgestellt werden dürfen; andernfalls werden auch bei diesem Gesetze die Aerzte ganz unnöthiger Weise und ohne Dank die Kosten tragen.

— Der Bundesrath hat dem Entwurf eines Reichsseuchengesetzes nach einigen von den Ausschüssen beantragten Abänderungen seine Zustimmung ertheilt.

— Der Rechenschaftsbericht des „Vereins zur Unterstützung invalider hilfsbedürftiger Aerzte in Bayern“ für das 27. Verwaltungsjahr 1892 weist die Unterstützung von 18 Collegen mit der Gesammtsumme von 10,436 M. 31 Pf. nach. Die Zahl der Mitglieder betrug 1627, gegen das Vorjahr ein Zuwachs von 40. An alle Collegen, die noch nicht Mitglied des Vereins sind, — und es sind dies noch immer mehr als ein Fünftel der Gesammtzahl der bayerischen Aerzte — richten wir die erneute Bitte, durch ihren Beitritt die edlen Zwecke des Vereins fördern zu helfen.

— Cholera-Nachrichten. Ueber das erneute epidemische Auftreten der Cholera in Bessarabien und im Dongebiet liegen weitere Nachrichten bis jetzt nicht vor. Choleraverdächtige Erkrankungen wurden für die Zeit vom 2.—8. März aus Rostow, Jelez und Astrachan amtlich gemeldet.

Aus folgenden russischen Gouvernements und Städten sind weitere Choleranachrichten eingelaufen. Es erkrankten (bezw. starben) an Cholera in Podolien vom 29. Jan.—28. Febr. 455 (111), in Kiew vom 6.—19. Febr. 2 (0), in Kursk vom 13. Jan.—12. Febr. 2 (2), in Jekaterinoslaw vom 13.—27. Febr. 1 (1), im Dongebiet vom 7.—23. Febr. 23 (2), in Saratow vom 13.—27. Febr. 20 (13), in Ufa vom 15.—22. Febr. 20 (16), in Alexandropol (Eriwan) am 8. März 1 (0).

In den persischen Städten Sakkis und Boukian sind vom 27. Febr. —13. März 31 bezw. 19 Choleratodesfälle festgestellt worden. P.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 11. Jahreswoche, vom 12.—18. März 1893, die grösste Sterblichkeit Würzburg mit 36,5, die geringste Sterblichkeit Elberfeld mit 12,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Scharlach in Freiburg und Metz; an Diphtherie und Croup in Barmen, Bielefeld, Bochum, Bromberg, Duisburg, Essen, Halle, Mühlhausen i. E., Potsdam, Remscheid.

— Der Berliner Magistrat schreibt einen öffentlichen Wettbewerb mit 3 Preisen zur Erlangung von Entwürfen für einen geeigneten Verbrennungsofen zur Müllverbrennung aus; nach Anlage eines entsprechenden Ofens soll zu Versuchen über die thermische Vernichtung der städtischen Müllmassen geschritten werden.

— Baron Albert Rothschild in Wien spendete am Todestage seiner Frau, 30. März, 500,000 Gulden zur Gründung eines Spitals für Krebskranke. Baronin Rothschild starb vor einem Jahre an Krebs.

— Mit dem 1. April ds. Js. tritt an die Stelle des Geheimrath Prof. Dr. Curschmann in Leipzig als Mitherausgeber der „Fortschritte der Medicin“ Prof. Dr. Osw. Vierordt in Heidelberg.

(Universitäts-Nachricht.) **Leipzig.** Der ausserordentliche Professor der Chirurgie Dr. Landerer wurde zum Vorstand der chirurgischen Abtheilung des Karl-Olga-Krankenhauses in Stuttgart gewählt.

(Todesfall.) In Graudenz starb im Alter von 67 Jahren der Geh. San.-Rath Kreisphysikus Dr. David Wiener. Derselbe war vielfach literarisch thätig, insbesondere ist sein Handbuch der Medicinal-Gesetzgebung des Deutschen Reiches und der Einzelstaaten (1885—1887) und die „Sammlung gerichtlich-medicinischer Obergutachten (1890)“ hervorzuheben.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. Paul Friedländer, appr. 1890, in München; Dr. Erhard Kellner, appr. 1893, in Furth i. W.; Dr. Mann zu Elmstein; Dr. Runck zu Zweibrücken; Dr. Franz Obmann hat sich zwar um die bezirksärztliche Stellvertretung in Erbendorf beworben, aber vor der Entscheidung hierüber sich in Furth i. W. niedergelassen. Derselbe ist hier bezirksärztlicher Stellvertreter ohne Remuneration.

Verzogen. Dr. Argus von Elmstein nach Maikammer; Dr. Merkert von Edesheim nach Schifferstadt.

Verliehen. Dem Generalarzt I. Classe Dr. Heineke à la suite des Sanitätscorps der Rang als Generalmajor.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 12. Jahreswoche vom 19. bis 25. März 1893.

Betheil. Aerzte 355. — Brechdurchfall 15 (9*), Diphtherie, Croup 48 (43), Erysipelas 20 (16), Intermittens, Neuralgia interm. 6 (5), Kindbettfieber 2 (5), Meningitis cerebrospin. — (1), Morbilli 3 (6), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 5 (4), Parotitis epidemica 24 (26), Pneumonia crouposa 25 (32), Pyaemie, Septicaemie 2 (—), Rheumatismus art. ac. 37 (39), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 14 (15), Tussis convulsiva 14 (15), Typhus abdominalis 1 (—), Varicellen 18 (22), Variola — (—). Summa 234 (238). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 12. Jahreswoche vom 19. bis 25. März 1893.

Bevölkerungszahl 366,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (—), Scharlach 2 (2), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 9 (3), Keuchhusten — (—), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 3 (8), Ruhr — (—), Kindbettfieber 2 (1), Croupöse Lungenentzündung 4 (5), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 1 (2), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten — (3).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 182 (178), der Tagesdurchschnitt 26.0 (25.4). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 25.0 (24.4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15.7 (14.3), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 12.9 (10.2).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Bei der Redaction zur Recension eingegangen.)

König, Chemie der menschlichen Nahrungs- u. Genussmittel. II. Theil: Die menschlichen Nahrungs- und Genussmittel, ihre Herstellung, Zusammensetzung und Beschaffenheit. 3. Aufl. Berlin, Springer, 1893. Geb. 30 M.

Bernheim, Entwurf eines Leichenschaugesetzes für das Königreich Preussen. Leipzig, Konegen, 1893. M. 1.20.

Arbeiten aus der kgl. Frauenklinik in Dresden. Bearbeitet von G. Leopold. Bd. I. Leipzig, Hirzel, 1893.

König, Lehrbuch der speciellen Chirurgie. IV. Aufl., I. Bd. Berlin, Hirschwald, 1893.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.